Rok XXVIII. Kraków. 27 Kwietnia 1889. Nr. 17.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z Zakładu fizyjologicznego Prof. Cybulskiego w Krakowie.

O okresie utajonego podrażnienia nerwów błędnych

na podstawie własnych doświadczeń.

Podał
Dr. Jan Pruszyński
Asystent kliniki wewnętrznéj Uniw. Warsz.

Pomimo poważnych badań Pflügera[1]), Coatsa[2]), Nuela[3]), Dondersa[4]), Czermaka[5]), Tarchanowa[6]) i Czerepnina[7]) kwestyja utajonego podrażnienia nerwów błędnych nie jest jeszcze zupełnie rozstrzygniętą. Czas utajonego podrażnienia nerwów błędnych według Dondersa jest znacznie krótszym, aniżeli według wyliczeń Coatsa i Nüela, jakkolwiek i ci dwaj ostatni uczeni nie zupełnie się z sobą zgadzają; kwestyja zaś ilości niezmienionych uderzeń serca przed zjawieniem się pierwszéj zatamowanéj ewolucyi od Pflügera[8]) bardzo mało postąpiła. Doświadczenia Czermaka i Tarchanowa w zasadzie stwierdzają zdanie Pflügera, że pierwszą zatamowaną falę poprzedza jedno lub dwa niezmienione uderzenia serca, nie zgadzają się jednak co do wpływu, jaki ma podrażnienie w tym lub owym okresie ewolucyi: gdy bowiem według Czermaka maximum utajonego podrażnienia odpowiada dwom ewolucyjom, minimum rozskurczowi + jednéj całkowitéj ewolucyi, według Tarchanowa max. odpowiada rozkurczowi + 2 całkowitym ewolucyjom, minimum jednéj całkowitéj ewolucyi serca. W obec tego, że sam Tarchanow w uwagach umieszczonych w tłumaczeniu rossyjskiém Fizyjologii Fostera uznaje potrzebę dalszych dociekań nad tą kwestyją, zadaniem naszém było bliższe zbadanie téj sprawy, oraz wyszukanie warunków, od których zależy długość i charakter okresu utajonego podrażnienia nerwów błędnych. Do doświadczeń używaliśmy wyłącznie zwierząt ciepłokrwistych. Ewolucyje serca graficznie notowaliśmy jużto bezpośrednio za pomocą akupunktury lub kardiografu, jużto pośrednio (w większości doświadczeń) łącząc jednę z tętnic udowych albo szyjnych z nowym kymografem Ficka. Nerwy błędne poprzednio przecięte drażnione były za pomocą elektrodów zwykłych lub Ostroumowa, sygnał zaś elektryczny notował czas, oraz początek i długość podrażnienia nerwów błędnych. Badania nasze doprowadzają do wniosków następujących.

A. Okres utajonego podrażnienia nerwów błędnych zależnym jest:

1) Od siły prądu przerywanego i ilości przerw na sekundę, mianowicie: długość okresu utajonego podrażnienia ma się do pewnego stopnia w stosunku odwrotnym do siły prądu i ilości uderzeń indukcyjnych; nie ulega jednak wątpliwości, że nie można oznaczyć stałéj siły prądu, któraby wywołała zatamowanie ani dla zwierząt ciepłokrwistych w ogólności, ani nawet dla osobników jednego gatunku, jakkolwiek na zasadzie naszych doświadczeń dojść możemy do wniosku, że zatamowanie otrzymuje się trudniéj u samic, szczególnie w okresie brzemienności lub karmienia.

Jako dowód zależności okresu utajonego podrażnienia nn. błędnych od siły prądu służą doświadczenia, w których przy zmianie siły prądu okres ut. podr. zmniejszał się od długości bardzo znacznéj do długości jednéj ewolucyi, a nawet był od niéj mniejszym. Przy prądach średniéj siły otrzymaliśmy jednę lub dwie nie zmienione ewolucyje i w tych przypadkach rezultaty naszych doświadczeń zgadzają się z twierdzeniem Tarchanowa.

2) Od czasu, który upływa między jedném a drugiém podrażnieniem nerwów. Jeżeli wkrótce po poprzedniém podrażnieniu, t. j., podczas gdy pulsacyje są jeszcze zwolnione, przystąpimy do nowego drażnienia tegoż samego nerwu, to okres utajonego podrażnienia może być krótszym, aniżeli czas rozkurczu podczas jednéj ewolucyi; i w takim razie, jeżeli podrażnienie rozpoczyna działać na

[1]) *Experimentalbeitrag zur Theorie der Hemmungsnerven. Müllers Archiv.* 1859. — [2]) *Wie ändern sich durch die Erregung des N. vagus die inneren Reize des Herzens. (Arbeiten aus d. physiol. Anstalt zu Leipzig).* — [3]) *Ueber den Einfluss der Vagusreizung auf die Herzcontraction beim Frosche (Pflügers Archiv., Bd.* IX). — [4]) *Zur Physiologie des N. vagus (Pflügers Archiv, Bd.* 1). — [5]) *Ueber die Wirkung starker Vagusreizung auf den Herzschlag. (Pflügers Archiv. Bd.* I). — [6]) *Innervation de l'appareil modérateur du coeur chez la grenouille (Traveaux de laboratoire de* M. Marey, 1876). — [7]) *K'Fizjologii zaderżywajuszczaho apparata serdca.* Rozp. dok. Petersburg 1881. — [8]) l. c.

nerw zaraz z końcem skurczu, może już nie być żadnéj pulsacyi i zatamowanie występuje jakby bezpośrednio po zadrażnieniu.

3) Od odśrodków tamujących w samém sercu. Przy wstrzyknięciu do żyły małych dawek muskaryny, wywołujących słabe zwolnienie rytmu serca, pojedyncze nawet podrażnienia wywołują zatamowanie u zwierząt, u których poprzednio objawu tego stwierdzić nie było można.

4) Od niektórych innych czynników, których wpływ na nerwy błędne i ich narządy obwodowe dokładnie nie daje się oznaczyć, mianowicie: Okres utajonego podrażnienia przy jednakowéj sile prądu zmniejsza się w pierwszym okresie asfiksyi, oraz przy zamianie azotu powietrza równą ilością kwasu węglowego, jako też pod wpływem długotrwałego oddychania czystym tlenem, powiększa się zaś pod wpływem małych dawek strychniny, doprowadzających zaledwie do skurczów klonicznych. Lecz i tutaj znaczną gra rolę okres poprzedniego podrażnienia nn. błędnych jeżeli bowiem przy pierwszém zadrażnieniu otrzymujemy zwolnienie wyraźne, zaś zatamowanie dopiero po 30 ej pulsacyi, to wkrótce po ponowném podrażnieniu okres ut. podraż. występuje po jednéj lub dwóch niezmienionych ewolucyjach.

B. Twierdzenia, jakoby maximum wpływu tamującego występowało na początku działania prądu [1]) nie można uważać za bezwzględne. Zdarzają się bowiem przypadki (w zatruciu strychniną lub działaniu słabych prądów), gdzie wpływ podrażnień wywołanych przez oddzielne uderzenia prądu sumuje się, t. j. otrzymujemy do zatamowania szereg ewolucyj, z których każda następna jest dłuższą od poprzedzającéj.

C. Co do czasu okresu utajonego podrażnienia nn. bł. doświadczenia nasze przemawiają przeciwko cyfrom Dondersa, a za wyliczeniami Nüela: przy średniéj bowiem sile prądu okres ten trwał dłużéj niż $^1/_6$", jakkolwiek zastrzedz się musimy, że oznaczenia dokładnego nie zawsze udaje się dokonać, wskazać można tylko maximum i minimum jego długości, gdyż prawie nigdy nie jesteśmy pewni, na jaką część ewolucyi przypada początek wywołanego przez zadrażnienie efektu. Przy tém zaznaczyć wypada, że przy pewnych warunkach, jeżeli początek efektu przypada we wczesnym okresie skurczu, udaje się spostrzedz zatamowanie dalszego jego rozwoju tak, że skurcz nie bywa całkowitym i zostaje jakby przerwanym. Otóż jedynie w tych przypadkach można z niejaką dokładnością oznaczyć czas utajonego podrażnienia i w tych razach wynosił on od 0·40—0·45".

D. Pojedyncze podrażnienia rzadko wywołują efekt w warunkach prawidłowych. U królików otrzymaliśmy zwolnienie pulsacyi słabsze przy zamykaniu, mocniejsze przy otwieraniu prądu przerywanego, u innych zaś zwierząt objawu tego stwierdzić nie mogliśmy.

Na podstawie naszych doświadczeń przyszliśmy do przekonania, że fakt, iż zwykle przy drażnieniu nn. bł. występuje zatamowanie dopiero po upływie jednéj, dwóch lub większéj ilości niezmienionych ewolucyj zależy jedynie od małéj względnie pobudliwości obwodowego narządu tamującego serca, oraz długiego jego okresu utajonego podrażnienia.

II. Miażdżyca tętnic i krwistość.

Wykład kliniczny Prof. Germain Sée'a w Paryżu miany w wydziale lekarskim w półroczu zimowem 1888/9 [2])

z upoważnienia prelegenta
ogłosił
Dr. Zygmunt Dobieszewski
lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie.

Miażdżyca tętnic jest chorobą najczęstszą u ludzi nad 50 lat liczących, a jeżeli ją za chorobę uważać nie zechcemy, jestto zboczenie organiczne, które najczęściej się wykrywa dopiero po śmierci; znajduje się ją u wszystkich starców w grubszych tętnicach, prawie bez wyjątku, chociaż za życia żadnym objawem się nie zdradza; jeżeli jednak wielkie przybiera rozmiary, albo dotknie drobnych tętnic, wtenczas zaburzenie czynnościowe występuje koniecznie; od tej chwili miażdżyca tętnic stanowi już chorobę, w ogólności tem groźniejszą, im bardziej rozszerza się na serce, wywołując w niem takiego samego rodzaju zwyrodnienie, albo stwarzając przeszkody w krążeniu przez zwyrodnienie lub zwężenie układu tętnicy głównéj, zmuszając przez to komórkę lewą do nadmiernéj pracy, do pracy kompenzacyjnéj, która zresztą rozwija się równie szybko, jak cudownie.

Choroba zdaje się pochodzić z dwóch źródeł:

1. Z przyczyn fizycznych. Przyczyny fizyczne tworzą przedewszystkiem przeszkody wewnątrz naczyń włosowatych powstające, które, jak wiemy, podnoszą parcie w naczyniach; otóż te zaburzenia mechaniczne pochodzą (z wyjątkiem starości) z przyczyn odstępstwa od zasad hygieny, od nadużyć popełnianych w życiu, albo od trybu życia siedzącego. Zobaczymy zaraz, w jaki to sposób ten rodzaj życia działa na ustrój.

2. Z przyczyn chemicznych nietrujących i trujących. Takiemi są alkoholizm, dna, moczówka cukrowa, w ogóle zboczenia, które łączymy z sobą jeszcze dotychczas pod nazwą teoretyczną diatezy, jak również kiła, a może i inne choroby zakaźne.

Przejrzyjmy po kolei te dwa rodzaje przyczyn.

Pośród zamożnych klas ludności znajdujemy dwa rodzaje osób, u których bardzo już wcześnie spostrzegano (pragnąłbym wiedzieć przy jakiej okazyi i w jaki sposób) podwyższenie parcia w naczyniach, świadczące o zmianie chorobowéj w takowych. Pierwszy rodzaj stanowią ci, którzy mało wykonywając ruchów, za wiele spożywają pokarmów bardzo pożywnych i napojów, u których wytwarza się brak odpowiedniéj równowagi między przybytkiem a ubytkiem ustrojowym z następową w skutek tego otyłością; drugi rodzaj przeciwnie przedstawiają ludzie chudzi, niekiedy nawet bladzi, u których żadnego innego do powstania choroby powodu odszukać nie można, chyba tylko ich życie siedzące, nieodłączne od ich zawodu.

Zobaczmy najprzód, w jaki to sposób rozwija się u jednych jak i u drugich owo podwyższenie parcia krwi, jeżeli ono rzeczywiście istnieje. Każde obfitsze spożycie pokarmów sprowadza przemijająco, powiada Fraenkel, pewne przepełnienie układu krwionośnego, a przez to samo pewne podwyższenie czynności przez czas jakiś. Jakkolwiek powiększony przypływ z żyły bramnéj i naczyń chłonicowych skierowanym bywa pierwotnie ku żyłom i pozostaje w nich, mogąc się tam pomieścić z powodu wielkiej rozciągliwości ich ścian, to jednak serce musi następowo podledz pewnego rodzaju przepełnieniu nadmiernemu; a ponieważ potrzeba pewnego czasu, ażeby ten nadmiar płynu doprowadzonego przez układ żylny został rozprowadzony przez serce po całym ustroju, to przypływ tego płynu odżywczego z tętnic do żył dopóty jest utrudniony, dopóki przejście całéj ilości płynu się nie ukończy. To nagłe powiększenie płynnéj części krwi i skutkiem tego zmiana przejściowa w rozchodzeniu się takowéj po ustroju musi być szybko wyrównana. Jeżeli przeto podobna sprawa się powtarza bardzo często, czyli, jeżeli układ naczyniowy otrzymuje nową ilość płynu, zanim wprowadzona poprzednio całkowicie z ustroju nie będzie wydalo-

[1]) *Forster Lehrbuch der Physiologie. Deut. Ausg.* 1881. st. 159.

[2]) Rękopism p. Dra Dobieszewskiego znajduje się w naszym ręku od d. 18 Marca r. b.

ną, powstaje po trochu, chociaż wprawdzie bardzo powoli, stałe przepełnienie układu naczyniowego. W podobnym stanie przepełnienia, które ściśle następuje po każdym obfitszym posiłku, czynność serca nie ulega zmianie. W ten sposób rozwija się ten stan, który starożytni nazywali pletorą. Ażeby się ona rozwinęła, istnieją jeszcze inne, oprócz wykazanych przyczyn, warunki uspasabiające.

Brak ruchu. Przedewszystkiem opłakane są skutki braku czynności mięśni, kurczenie się bowiem mięśni przedewszystkiem ułatwia pracę serca, będąc głośnym czynnikiem dla ruchu krwi w układzie żylnym. Tym sposobem czynność mięśni przyczynia się bardzo do usunięcia zastojów przechodnich w układzie żylnym.

Wpływ otyłości ogólnéj i brzusznéj. Następowo nowe powstają zaburzenia. Brak ruchu ogranicza utlenianie pokarmów i ułatwia tycie. Nie potrzeba dla wywołania trudności w utlenianiu, aby otyłość była ogólną, wystarcza, aby się umiejscowiła w dolnéj części brzucha. W tych bowiem przypadkach nietylko tkanka tłuszczowa powłok brzusznych mocniéj się rozwija, ale tłuszcz osadza się i na kreskach i na narządach jamy brzusznéj, n. p. około nerek. W skutek tego powstaje ucisk tworzący nową przeszkodę dla swobodnego krążenia. Nie chodzi tu zresztą o ucisk tylko na same naczynia jamy brzusznéj, ale równocześnie ogólne krążenie jest dotknięte, albowiem fizyjologija uczy, jak ogromny wpływ na parcie w układzie tętniczym wywiera przepełnienie naczyń jamy brzusznéj z powodu ogromnéj ich pojemności.

Pełnokrwistość brzuszna w swych skutkach jest analogiczną do wyniku otrzymanego przy podrażnieniu nerwów naczynioruchowych trzewowych. Wiadomą jest rzeczą, że mięśnie naczyń jamy brzusznéj znajdują się w stanie czynnościowego skurczu za pośrednictwem nerwów trzewowych a raczéj wprowadza je w ten stan układ nerwowy ośrodkowy drogą wspomnianych nerwów; w obec tego po przecięciu tych nerwów parcie tętnicze skutkiem dopływu większéj części całkowitéj ilości krwi do naczyń kiszkowych rozszerzonych do ostateczności podlega znacznemu obniżeniu. Na odwrót zwężenie naczyń wywołane działaniem nerwów (jak to się otrzymuje przy drażnieniu tych nerwów prądem elektrycznym) sprowadza przejście krwi z tych naczyń najprzód do układu żylnego, a jako następstwo znaczniejszy przypływ krwi do serca, a ztąd z drugiéj strony podwyższenie parcia tętniczego.

Podobny zupełnie skutek do tego, który wywołuje podrażnienie nerwów trzewowych, sprowadza nagromadzenie się tłuszczu w jamie brzusznéj; te skutki dołączają się do tych, jakie wywołuje przepełnienie nieustanne układu naczyniowego nadmierną ilością płynów podczas trawienia powstałych.

Pełnokrwistość ogólna wynikająca z pełnokrwistości brzusznéj. Oprócz tego ponieważ skutkiem ucisku naczyń kiszkowych pojemność części tętniczéj układu naczyniowego zostaje zmniejszoną, pozostałe bowiem tętnice ustroju z powodu swéj sprężystości nie przedstawiają dosyć miejsca dla pomieszczenia zbytecznéj ilości krwi, znaczna zatem część takowéj musi się pomieścić w żyłach. W ten sposób u takich osób obok podniesionego parcia tętniczego wytwarza się ostatecznie rozszerzenie mniéj lub więcéj wydatne układu żylnego i takowe za pośrednictwem prawéj komórki serca rozciąga się aż na krążenie w płucach.

Następnym objawem téj zmiany w rozdziale krwi są żylaki, tworzące się w różnych częściach żył ustroju, w innych razach guzy krwawnicowe, chociaż do wytworzenia się tych ostatnich muszą przyczyniać się jeszcze zaburzenia w krążeniu miejscowem saméj jamy brzusznéj. Nakoniec przepełnienie naczyń płucnych jest jeszcze o tyle ważnem, że usposabia do nieżytów oskrzelowych za lada przyczyną, lecz to już należy do objawów późnych.

Zwolnienie krążenia w jamie brzusznéj i wyrabianie się gazów. Następstwa zaburzeń w krążeniu żyły bramnéj rozciągają się również na czynność samego trawienia. Jeżeli bowiem obieg krwi w jamie brzusznéj jest wolniejszy niż to ma zwykle miejsce podczas aktu trawienia i wchłaniania, to wynikiem tego muszą być zaburzenie w czynnościach przewodu pokarmowego. Zaburzenie to objawia się nieprawidłowem nagromadzeniem się gazów i stałem zaparciem stolca. Wzdęcie brzucha zwłaszcza jest objawem występującym stale, jak to świeżo wykazał Zuntz, gdy skutkiem zaburzenia w krążeniu czy to ogólnem, czy to miejscowem, występuje zwolnienie obiegu krwi w naczyniach błony śluzowéj jelit. W tych warunkach zmniejsza się zdolność krwi pochłaniania gazów tworzących się w treści jelitowéj. Dla nas nie objawy, jakie te gazy wywolują, ani zaparcie stolca ma największe znaczenie, ale ta okoliczność, że skutkiem wypełnienia i rozdęcia niemi jelit powstają nowe przeszkody dla swobodnego krwi obiegu w zakresie żyły bramnéj, a to odbija się znowu na ogólnem krążeniu.

W ten sposób przedstawiliśmy teoryję krwistości naczyniowéj (*la pléthore vasculaire*) Fraenkla, która jasno wykazuje zaburzenia w krążeniu, ale milczeniem pomija właściwą krwistość, t. j. tę, która pochodzi od powiększenia ilości krwi.

Właściwa krwistość jest więcéj niż wątpliwą; fizyjologija nie przyznaje jéj w zupełności, wynika to przynajmniéj z prac Worm-Müllera, Lessera i Cohnheima. Chociaż mniejszą lub większą ilość krwi zastrzykniemy do naczyń i wstrzykiwanie to powtarzać będziemy w krótkich odstępach czasu, to nadmiar ten krwi szybko ustępuje; ustrój bowiem w samym sobie posiada taką zdolność regulacyjną, że z łatwością pokonywa to przeciążenie, a dowody na to mamy następujące:

1. Liczba ciałek krwi, obliczana sposobem Malasseza, po przetoczeniu powiększa się zrazu, ale po upływie dwóch lub trzech dni zmniejsza się, a po tygodniu dorównywa pierwotnéj.

2. Badanie moczu jasno wykazuje, jak te ciałka krwi znikają; w dzień przetoczenia krwi widzimy powiększenie ilości moczu i mocznika, powiększenie tego ostatniego dopóty, dopóki ostatnie przetoczone ciałko nie zniknie.

3. Jak to znikanie jest wczesne, dowodzi zresztą także i ta okoliczność, że osocze (*plasma*) krwi znika pierwéj jeszcze niż ciałka i zostaje wydalonem częściowo z ustroju w postaci mocznika.

4. Również należy zaznaczyć, że zwierzęta po przetoczeniu krwi nie doznają żadnych zaburzeń, że pies któremu Lesser zastrzyknął dwa razy po 81 do 75% w stosunku do ogólnéj jego ilości krwi, nie przedstawiał żadnych zgoła zboczeń.

5. Cóż się więc dzieje z przetoczoną krwią? gdzie się ona podziewa przed usunięciem się z ustroju wszystkich jej części składowych? W naczynia włosowate i żyły jamy brzusznéj przelewają tętnice nadmiar swéj zawartości, jak tego dowodzą badania pośmiertne na zwierzętach, podczas gdy

kończyny, skóra, tkanka podskórna i układ nerwowy ośrodkowy nie zawierają krwi więcéj niż w stanie prawidłowym.

6. Jak się zachowuje ciśnienie krwi? Po każdem zastrzyknięciu krew, która przeszła przez płuca, wchodzi do układu tętniczego i podwyższa w nim parcie krwi na tak długo, dopóki wszystka jej ilość nie dojdzie do naczyń włosowatych i do początków żył; poczem parcie wraca do stanu prawidłowego; przy następnych przetoczeniach dzieje się to wolniéj z tego powodu, że naczynia włosowate w skutek poprzedniego przetoczenia są już przepełnione. Ztąd wynika, że serce, którego ani siła popędowa nie zostaje zmienioną, ani nie spotyka nowych przeszkód w rozprowadzaniu krwi po ustroju, nie przyspiesza swych uderzeń i rozprowadza krew tak, jak w stanie prawidłowym. Można sprawdzić łatwo, jak to uczynił Cohnheim, stałość, że tak rzec można, parcia krwi. Podczas wstrzykiwania krwi parcie podnosi się o 20 do 30 mm. rtęci; po kilku jednak minutach wraca do pierwotnéj wysokości. Jeśli się wprowadzi ilość dorównywającą połowie całkowitéj ilości krwi zwierzęcia lub nawet 4 proc. ciężaru jego ciała, parcie może się podnieść ponad pierwotną wysokość, ale podwyższenie to nie trwa dłużéj niż jednę minutę; jeżeli parcie przed przetoczeniem krwi było bardzo niskie, podnosi się ono po operacyi aż do wysokości normalnéj, poczem opada znowu, a wszystko to się dokonywa bez wszelkiéj zmiany w ruchach serca. To regulowanie się krążenia przychodzi do skutku bardziéj za pośrednictwem układu nerwowego niż za pomocą ilości krwi wstrzykniętéj; inaczéj przedstawia się rzecz u zwierząt, którym przecięto rdzeń pacierzowy, których zatem pozbawiono ich układu naczynio ruchowego; u takich zwierząt krew wstrzyknięta wywiera istotny, jakkolwiek nie stały, wpływ na parcie, i parcie nie przekracza nawet i wtedy pewnéj granicy.

(Dokończenie nastąpi.)

III. O poronnem leczeniu kiły

napisał

Dr. Z. Krówczyński we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Zanim przytoczę kilka historyj chorób, przypomnę, że wielu zwolenników wycinań twierdzi, iż przez wycięcie pierwotnego objawu kiły przebieg choroby bywa łagodniejszy, a objawy słabsze niż zazwyczaj. Tym zwolennikom odpowiada Fournier, że gdy na 20 przypadków kiły 19 razy bywa przebieg łagodniejszy, trudno przewidzieć, czy bez wycięcia nie byłby równie łagodny przebieg, a wreszcie zwraca uwagę, iż dotąd nie ma porozumienia, co przez łagodny przebieg rozumieć należy, czy nim jest dobrotliwość objawów wczesnych, która nie wyklucza złośliwości późnych objawów, i w końcu przypomina przypadki (Mauriac i Neumann), w których po wycięciu pierwotnego objawu kiły dalszy przebieg był złośliwszy. Dotąd nieliczne przypadki ostatniego rodzaju nie osłabiają przypuszczenia co do łagodniejszego przebiegu kiły po wycięciach, a poważna ilość przypadków o bardzo łagodnym przebiegu dozwala przypuszczać, iż przebieg kiły bywa łagodniejszy po wycięciu, ewentualnie zniszczeniu pierwotnego objawu niż w przypadkach, w których zniszczenia nie dokonano. Od czego zależy przebieg łagodniejszy, wytłomaczyć nie umiemy. Gdybyśmy wraz z Gemy'm [1]) przypuszczali, iż przyrzut kiłowy może być raz słabszym a drugi raz silniejszym, czém tenże autor tłómaczy różny przebieg kiły, a nie jak przeważna część autorów własnościami ustroju dotkniętego kiłą, wówczas przypuszczenie o istnieniu osłabionego przyrzutu, które to osłabienie przez wycięcie pierwotnego objawu powstawać by mogło, byłoby możliwe, gdy zaś dotychczasowe badania, dotyczące przyrzutu samego, téj kwestyi nie rozwiązują, zdaje mi się rzeczą nieracyjonalną kusić się o rozwiązanie téj sprawy w chwili, w któréj o własnościach przyrzutu kiłowego nie wiele wiemy i w któréj nie rozwiązano jeszcze stanowczo przyrody przyrzutu najprawdopodobniéj pasorzytniczéj. Aby módz rozstrzygnąć, czy rzeczywiście wycięcie pierwotnego objawu łagodzi przebieg, należy gromadzić spostrzeżenia przemawiające za łagodzeniem przebiegu, a do tych należy przypadek, który poniżéj podaję:

X. X. l. 27. dotąd zupełnie zdrów, przebył trypra chronicznego; ostatni raz spółkował przed dobą 2 marca 1883 roku, przedostatni raz przed 6-ma dniami, oba razy z tą samą kobietą. Obecnie na górnéj wewnętrznéj powierzchni napletka powierzchowne owrzodzenie wielkości soczewicy, u podstawy lekko naciekłe, bardzo mało sączące, gruczoły pachwinowe zupełnie nie zajęte. Znając chorego stosunki familijne i wiedząc, że tenże ma wkrótce się żenić, jakkolwiek nie miałem pewności, czy nadżerek jest zapowiedzią kiły, zoproponowałem natychmiastowe wycięcie. Gdy chory zgodził się, wyciąłem wspomniony nadżerek, przyznaję się jednak, że wraz z nadżerkiem nie wiele otaczającéj tkaniny wyciąłem. (Kobieta badana d. 5/3 okazuje bardzo wyraźne kłykciny na wargach sromu), 6/3 rana pokryta powierzchownym strupkiem, pod nim ropa krwawo-płynna; w pachwinie lewéj w głębi bardzo mało powiększony gruczoł i lekko bolesny; 9/3 zabliźnienie zupełne, blizna bez stwardnienia 20/3. W miejscu blizny nieznaczny nadżerek; zalecono przymoczkę z azotanem srebra 2/4. Ślad nadżerka 8/4. Wysypka plamista bardzo skąpa, powiększenie i zaczerwienienie migdałków. Po 3ech dniach ustąpiła wysypka bez leczenia, mimo to zalecałem wcieranie szaruchy po 3·00. Wówczas nie były zajęte ani gruczoły karkowe ani barkowe. Pacyjent użył 10 wcierań po 3 gramy i 10 po 4 gramy i odtąd nie było żadnych objawów kiły. W czerwcu 1884 pacyjent ożenił się, żona poroniła w 4-tym miesiącu najprawdopodobniej skutkiem upadku ze schodów. W rok później urodziła dziecię zupełnie zdrowe, a przed pięciu miesiącami drugie, które dotąd nie miały żadnych objawów, jakie na karb kiły ojca kłaść by należało. Że w tym przypadku dotąd przynajmniéj był przebieg bardzo łagodny, zaprzeczyć nie podobna, a urodzenie dziecięcia drugiego zupełnie zdrowego nie przemawia za istniejącem zakażeniem ojca, jakkolwiek go nie wyłącza. Szczególném zjawiskiem w tym przypadku jest bardzo wczesne wystąpienie wysypki po okazaniu się pierwotnego objawu (35 dni). Bardzo podobny przypadek obserwowałem w rok późniéj. — A. A. poprzednio leczony na trypra chronicznego, widocznie skrofuliczny, rudy, l. 30, dobrze zbudowany i odżywiony, przebywał w wieku dziecięcym ciężko rozmaite choroby dziecięce; d. 22/10 1884 zgłosił się do mnie jako kilkudniowy nowożeniec i podał, że przed 34 dniami ostatni raz spółkował z prostytutką, a na dzień przed ślubem spostrzegł na wewnętrznéj powierzchni napletka owrzodzenie mało stwardniałe. Gruczoły w obu pachwinach mało powiększone; 23/10 wyciąłem owrzodzenie wraz z sporą częścią tkanin otaczających, a d. 25/10 poleciłem wcieranie miejscowe w gruczoły pachwinowe po 1ym. grm. dziennie. Gdy dnia 28/3 po wcieraniach powstał wyprysk, zaprzestałem leczyć wcieraniami. Rana zabliźniła się przez pierwozrost. Chory nie mogąc pozostać we Lwowie, odjechał do Wrocławia, polecony prof. Neisserowi, który stwierdzić miał na brzegu blizny świeże stwardnienie i takowe wyciął wraz z gruczołkami pachwinowemi dnia 12/11. Dnia 15/12 powrócił pacyjent do Lwowa i wówczas stwierdziłem obok niezabliźnionych ran po wycięciu gruczołów pachwinowych z obu stron: gruczoły karkowe i barkowe nie zajęte, na plecach cztery grudki mało łuszczące się, migdałki lekko obłożone i dość silnie powiększone. Natychmiast zaleciłem wcieranie po 4 grm.; tych użył pacient 20. Odtąd mimo, że nie było żadnych zresztą

[1]) *Traitement abortif et facteurs de gravité de la syphilis.*

objawów ogólnych, zrobił pacyjent dwoma nawrotami po 10 wcierań, a więc ogółem użył 40 wcierań i przez całe dwa łata spółkując z żoną, zabezpieczał się przed zarażeniem jej. Z początkiem r. 1887 zapłodnił żonę, która porodziła mu w październiku 1887 dziecię zupełnie zdrowe, u którego dotąd równie jak u ojca nie stwierdzono żadnych objawów kiłowych.

I o tym przypadku mam prawo to samo powiedzieć, co o powyżéj ogłoszonym t. j., że dotąd przebieg był bardzo łagodny.

O wiele ciekawszym jest następujący przypadek, który wskazuje niezbicie, że po wycięciu pierwotnego objawu jest możliwą reinfekcyja, a jakkolwiek przypadek reinfekcyi podany przez Julliena jest o wiele ciekawszy, bo reinfekcyja po kilkunastu miesiącach nastąpiła, podaję go w skróceniu, gdyż i ten przypadek przemawia za têm, iż po wycięciu bardzo często przebieg kiły bywa bardzo łagodny.

M. M. nauczyciel gimnazyjalny l. 28, zgłosił się do mnie dnia 10 marca 1886 i podał, że spółkował 1/3 i 8/3 z tą samą prostytutką, którą badając stwierdziłem, że oprócz wysypki grudkowéj rozrzuconéj po ciele, miała nacieki kłykcinowe w gardle i na sromie. 10/3. Rozpoznałem na téj podstawie owrzodzenie na wewnętrznéj powierzchni napletka, jako pierwotny objaw kiły, które wówczas było wielkości małego przeciętego grochu. Gruczoły pachwinowe po prawéj stronie małe, po lewéj jeden wielkości grochu nieboleśny, najbliżéj wzgórka łonowego ułożony. 17/3 zupełne zabliźnienie bez wszelkiego stwardnienia, gruczoły karkowe nie powiększone, barkowe po prawéj stronie wielkości fasoli, migdałki powiększone. Do dnia 19/7 żadnych objawów, które należałoby odnieść do kiły, nie stwierdzono, w powyższym zaś dniu odnalazłem owrzodzenia bardzo powierzchowne na obu migdałkach. Zaleciłem oprócz miejscowego leczenia wewnętrznie sublimat i odtąd chociaż pacyjent przez całe dwa lata w krótkich przerwach mnie odwiedzał, nie odnalazłem żadnych objawów ogólnéj kiły. Po długiém niewidzeniu przedstawił mi się znowu pacyjent w r. 1887 dnia 2/9 z wyraźnêm owrzodzeniem pierwotnêm kiły, nieco stwardniałém na wewnętrznéj powierzchni napletka, a w têm samém miejscu, gdzie pierwszym razem owrzodzenie wycięto i drugiém w załamku ułożoném. Chory podaje, że w końcu czerwca spółkował, owrzodzenie spostrzegł w końcu lipca, a od kilku dni ma bardzo obfitą wysypkę plamistą na całém ciele. Gruczoły karkowe i barkowe miernie powiększone, pachwinowe po lewéj bardzo silnie zwiększone, mocno twarde i zupełnie nie boleśne. W dalszym przebiegu były mocno obłożone migdałki i łuki i mimo 30 wcierań po 4 gramy dwukrotnie wystąpiły nawroty w postaci zajęcia gardła.

Porównywając przebieg objawów po wycięciu z przebiegiem po powtórném zarażeniu się niepodobna zaprzeczyć, że w pierwszym razie przebieg był o wiele łagodniejszy. Mógłby ktoś zarzucić, że wysypkę i owrzodzenia, ktore w r. 1887 wystąpiły, należałoby odnieść do pierwotnego zakażenia w r. 1881. Zdaje mi się, że takie tłumaczenie byłoby sztuczne, a jakkolwiek poważni lekarze przytaczają przypadki, w których wysypka plamista po wielu latach od chwili zarażenia wystąpiła, to przecież wystąpienie wysypki w $1^1/_2$ miesiącu po okazaniu się wrzodów, które objawiły się w 4 do 5 tygodni po spółkowaniu, bardziéj odpowiada zwykłemu przebiegowi kiły, a przeto przemawia za reinfekcyją, która dla mnie nie ulega kwestyi.

Najbardziéj interesującym jest następujący przypadek, który jak sądzę, stanowczo dowodzi, że wycięciem pierwotnego objawu kiły można zapobiedz uogólnieniu się kiły.

D. 26 sierpnia 1885 zgłosił się do mnie dobrze mi znany i poprzednio kilkakrotnie leczony z powodu trypra i innych zmian wenerycznych miejscowych, N. N. lat 33, dobrze zbudowany i odżywiony, którego rodziców i całą rodzinę dokładnie znałem. Rodziców do najwyższych sfer intelligencyi należących, a przytêm więcéj, aniżeli nabożnych trudno było podejrzywać, że przebyli kiłę. Mimo to ojca pytałem, czy nie przebywał w młodości i stanowczą odpowiedź otrzymałem, że nigdy żadną chorobą weneryczną nie był dotknięty. Wprawdzie takiego zapewnienia nie miałem od matki, bom jej pytać nie śmiał, ale sześć porodów zawsze zupełnie prawidłowych, brak poronienia lub jakiegokolwiek przypadku u zwykłych kiłowych, przemawiało za têm, iż matka choroby kiłowéj nie przebywała. Widząc po raz pierwszy pacyjenta dowiedziałem się, że po kilkumiesięcznéj przerwie spółkował po raz ostatni dnia 13 sierpnia, spostrzegł starcie przyskórka d. 15 sierpnia, a dopiero 28 sierpnia zdecydował się na wycięcie. Wówczas było owrzodzenie pierwotnego objawu w postaci grudki wielkości małéj fasoli, bardzo mało sączące, wyraźnie stwardniałe, ale gruczoły jeszcze zupełnie nie były zajęte. Moje rozpoznanie dokonane dnia 26 sierpnia potwierdziło dwóch innych lekarzy, których pacyjent i ojciec zapytywał o wartość wycięcia. Mimo to jednak badałem kobietę, z którą pacyjent spółkował i przekonałem się, że dnia 30 sierpnia oprócz odbarwionych plam na sromie wielkim miała kłykciny sączące na wargach wielkich. Dalszy przebieg w krótkich słowach opisać można. Obrzęk gruczołów pachwinowych nie wytworzył się, a pacyjent badany pierwotnie co tydzień, późniéj w 2—3—4 tygodni do dzisiejszego dnia nie miał żadnych objawów ogólnéj kiły, któréj uległ jego brat młodszy w rok późniéj i przebył bardzo ciężką kiłę z gorączką 39·5 i wrzodzącą wysypką w 4 miesiącach choroby i owrzodzeniem tylnéj ściany gardła z rozpadem.

Rozbierzmy nieco szczegółowiéj opisany przypadek. Jak powiedziałem, odpowiada on żądaniom Fourniera, albowiem konfrontacyja przekonała, że kobieta, z którą spółkował, była kilą dotknięta; wywiady stwierdzają, że nie przebył ani nabytéj ani wrodzonéj kiły; obserwacyja trwała przeszło trzy lata, a tylko wylęganie się choroby trwało dwa dni; a do chwili wycięcia istniało owrzodzenie 11 ewentualnie 13 dni i okazało się w postaci grudki, a nie jak Bockhardt podaje, w postaci wrzodu mięszanego.

Mimo, iż opisany przypadek odpowiada wszelkim żądaniom Fourniera, nie jest ten przypadek przekonywający, jak bowiem zaraz wykażę, należy żądać jeszcze więcéj niż Fournier, a mianowicie niezbędném jest udowodnienie, że w danym przypadku stanowczo wycięto pierwotny objaw kiły, że bez wycięcia stanowczo wystąpiłyby były objawy ogólnego zakażenia. W obec spostrzeżenia dokonanego przez Barthelemyego[1]), które dotyczyło chorego z objawem, który należałoby uznać za pierwotny objaw kiły, a w którym to przypadku mimo dłuższéj obserwacyi żadnych objawów na skórze i błonach śluzowych prócz ogólnego obrzęku gruczołów nie było. W obec tego spostrzeżenia konieczną jest rzeczą pierwéj rozwiązać kwestyję, czy w każdym przypadku po pierwotnym objawie muszą wystąpić ogólne objawy, ewentualnie czy dotychczasowe dane, na których rozpoznanie pierwotnego objawu opieramy, są wystarczające. Gdy po sztucznych szczepieniach zawsze kiła występuje, przychylałbym się raczéj do przypuszczenia, że po przypadku opisanym przez Barthelemyego nie było pierwotnego objawu kiły, a do takiego tłómaczenia upoważniają mnie przypadki, obserwowane przezemnie, które w krótkości przytoczę. Dwa razy w przeciągu 4 lat obserwowałem chorego, który stanowczo kiły nie przebywał, a u którego mimo wyraźnego stwardniałego owrzodzenia na prąciu i zajęcia nieboleśnego gruczołów pachwinowych, żadnych objawów kiły ogólnéj nie było, a po 8-miu tygodniach obrzęk gruczołów pachwinowych zupełnie zmalał i tracił pomału charakter specyficznego zajęcia gruczołów kiłowych. Przed rokiem obserwowałem podobny przypadek, w którym miałem sposobność skonfrontowania stanu u kobiety, z którą chory spółkował i przekonałem się, że kobieta była kilą dotknięta, a chory, który dotąd stanowczo kiły nie przebywał, mimo iż tak charakter owrzodzenia się napletka, jak

[1]) *Sur les autoinoculation du Chancre syphilique.*

też zajęcie obustronne gruczołów pachwinowych przemawiały za objawem pierwotnym kiły, żadnych objawów ogólnéj kiły dotąd nie miał. Usprawiedliwia moje tłumaczenie przypadku Bartholemyego inny przypadek, spostrzegany przezemnie przed 6 miesiącami, w którym po miejscowém owrzodzeniu wystąpiło wyraźne stwardnienie u podstawy, obrzęk gruczołów pachwinowych, a późniéj karkowych u chorego, który spółkując z kobietą dotkniętą wrzodem miejscowym, nabył równie miejscowego wrzodu, po którym żadnych objawów kiły nie było. Nie mogąc podać większéj liczby spostrzeżeń z wycięciem, jakie w końcu przytoczyłem, pouczony bowiem doświadczeniem we wszystkich przypadkach po wycięciu podawałem rtęć, sądzę, że poważna ilość podobnych doświadczeń mogłaby stanowczo rozwiązać kwestyję co do wartości wycinań pierwotnych objawów kiły nawet w takim razie, gdybyśmy nie umieli rozwiązać kwestyi, w jakiéj drodze zakażenie się wytwarza i gdybyśmy nie uznawali doświadczeń Pontoppidana, Haslunda i innych jako udowadniających, że przez pewien czas pierwotny objaw kiły jest czysto miejscowém cierpieniem i że zwolna z miejsca wejścia jadu cały organizm się zakaża.

Reasumując to, co dotąd przytoczyłem, widzimy, że sprawę wycinań pierwotnych objawów kiły nie posunęliśmy daléj, niż ona po doświadczeniach Z a r e w i c z a[1]) stała, a który twierdził, ze wycięcie zdaje się łagodzić objawy ogólnéj kiły i że w niektórych przypadkach jad dłużéj zdaje się pozostaje w miejscu wejścia. W każdym jednak razie nie można potępić tych, którzy daléj prowadzą doświadczenia z niszczeniem pierwotnych objawów, czy to przez wycięcie, kauteryzacyję, lub prądem elektrycznym, a prawdopodobném jest, że w wyjątkowych przypadkach można zapobiedz uogólnieniu się kiły, gdy się wycina pierwotne objawy wcześnie okazujące się.

IV. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

W doświadczeniach z tebainą zauważyłem po raz pierwszy ciekawe zjawisko, odnoszące się do *Dyspnoe versuch*, zjawisko, które później potwierdziłem w doświadczeniach ze strychniną. Jeżeli żabie hypnotyzowanéj nie otrutéj położymy na nozdrza bibułę zwilgotnioną wodą i po minucie, dwóch, gdy już objawy duszności zaczynają się rozwijać, zbadamy czucie odruchowe prądem przerywanym, to przekonamy się, że czułość skórna zwiększa się w porównaniu z tą, jaka istniała w hypnozie przed użyciem przeszkody. Jeżeli zaś zrobimy takie same doświadczenie z żabą otrutą strychniną lub tebainą, to w większości przypadków zauważymy zjawisko wprost przeciwne: czucie zmniejsza się jeszcze więcéj. W pierwszym przypadku dla wywołania odruchu trzeba użyć prądu siły słabszéj, w drugim — siły znaczniejszéj. Przy tém badaniu zwierzę często się budzi i po krótkim przeciągu czasu albo zaraz zręcznym ruchem łapki zdejmuje przeszkodę z nosa. Po uśpieniu go przekonywamy się, że czucie wraca do téj normy, jaka ma miejsce podczas hypnozy; to samo bywa, jeżeli zdejmujemy bibułę z nosa żaby przed jéj obudzeniem się własnowolnem lub pod wpływem podrażnienia: czucie staje się w tych razach normalnem prawie natychmiast, t. j. w pierwszym przypadku zmniejsza się, w drugim zwiększa. Zjawisko opisane występuje nie tylko w tym razie, jeżeli podamy porównawczo zwierzę kontrolujące i uśpione, ale, a jak to robiłem w większości doświadczeń, jeżeli badamy jedną i tą samą żabę przed zatruciem i po zatruciu (w hypnozie): obserwacyję można sprawdzić kilka razy na jednym egzemplarzu. Fakt odwrotnéj zmiany czucia u egzemplarzy zatrutych najwyraźniéj i najstaléj występuje wtedy, gdy stosujemy dawki średnie lub więcéj niż średnie jadów; przy bardzo małych dawkach czasami nie ma go i czucie po przyłożeniu papierka pozostaje bez zmiany, albo waha się na jedną lub drugą stronę. Fakt ten jest tem ciekawszym, że on jest cechą hypnozy: robiłem odpowiednie doświadczenia kontrolujące na nieuśpionych żabach i przekonałem się, że w tych razach nie ma prawidłowości: raz czucie nieco zmniejsza się bez zatrucia, drugi raz nieco się zwiększa przy zatruciu, w ogóle nie zmienia się prawie zupełnie. Przy doświadczeniach kontrolujących badanie jest nieco utrudnionem, ponieważ żaba sama szybko zdejmuje przeszkodę; ale jeżeli przeszkodzimy ruchom kończyn przednich, trzymając je w palcach, to możemy przekonać się o stanie odruchów po $\frac{1}{2}$—1 minucie.

W przytaczanych poniżéj doświadczeniach zobaczymy potwierdzenie faktów, otrzymanych w seryi pierwszéj eksperymentów, a następnie ilustracyję opowiedzianego teraz zjawiska.

A. Duża żaba zielona; najmniejsza siła prądu, wywołująca u niéj odruch z wewnętrznéj powierzchni biodra, odpowiada odległości cewki wtórnéj od pierwotnéj 168 mlm. Po dwóch hypnotyzacyjach odruch minimum przy 148 mlm., zwierzę budzi się: uśpiłem je znowu po minucie, odruch przy 145—141 mlm., żaba nie budzi się. Położyłem na nozdrza; po $\frac{1}{2}$ minuty, odruch już przy prądzie słabszym 152 (nie budzi się), po $\frac{1}{2}$ m., 159, żaba budzi się, zdejmuje przeszkodę po minucie. Hypnoza; po 7 minutach odruch przy 140 i zwierzę nie budzi się. Przeszkoda; zaraz potem odruchy nasiliły się do 155, nie budzi się. Zdjąłem bibułę i po minucie odruch zmniejszył się do 138 mlm. Zwierzę przebudziło się przytém; wstrzyknąłem mu 0,0004 grm. tebainy (g. 4 m. 35) i uśpiłem. Po 17 minutach (g. 5 m. 12) odruch przy 146 i żaba obudziła się. Od tego czasu budzi się przy każdém podrażnieniu elektryczném, sen stał się łekkim. O g. 5-téj m. 35, odruch 154, o g. 5 m. 45 160, o g. 6 m. 10 162. Położyłem bibułę na nozdrza i po minucie odruchy zmniejszają się do 143, zwierzę budzi się. Słabe objawy zatrucia.

Dnia następnego zrobiłem drugie doświadczenia z tą samą żabą (normalny odruch 178—180). Hypnoza zjawiła się nie łatwo, nareszcie po 3 hypnotyzacyjach wystąpił sen dość głęboki: odruch przy 154, po przyłożeniu bibuły 164, żaba obudziła się. Hypnoza znowu; po 10 minutach snu odruch 136 i ruchy; położyłem papierek, po minucie odruch przy 160, budzi się zwierzę i zaraz odrzuca przeszkodę. Hypnoza; po 5 minutach wstrzyknąłem 0,0006 tebainy (o g. 1 m. 35 popoł.) O g. 1 m. 43 odruchy nasilane do 162, o g. 1 m. 52—160, budzi się za każdym razem. O g. 1 m. 55 żaba obudziła się sama; w przeciągu 5 minut nie można było jéj uśpić zupełnie na czas dłuższy; hypnoza stała się tak lekką i czujną, jak na samym początku doświadczenia. O g. 2 m. 3 po 2 minutach snu odruch od 172, budzi się. Objawy otrucia; przy stuknięciu zwierzę drży. Hypnoza; położyłem bibułę po 2 minutach; zaraz w $\frac{1}{2}$ minuty min. 157, budzi się. O g. 2 m. 8 uśpiono żabę znowu; od tego czasu śpi głębiéj, chociaż objawy otrucia są silniejsze, niż przedtém. Drżenie przy stukaniu o stół, ale żaba nie budzi się. O g. 2 m. 15, odruch 168, o g. 2 m. 18—170, ale nie budzi się. Położyłem papier na nos żaby: po minucie odruch 150, po 2 minutach 146, po 3 144 nie budzi się. Zaledwie po 4 minutach 142, zwierzę obudziło się i po minucie zdjęło przeszkodę. Pozostawiłem ją dla odpoczynku; po 2 godzinach odruchy (nie w hypnozie) 168—170.

B. Doświadczenie robiłem na dwóch żabach, jedna z nich

[1]) *Przegląd Lekarski* 1885.

była kontrolującą, druga więcéj żwawa z odruchem 168—170 uśpiono: odrazu zjawiła się głęboka hypnoza. Po 10 minutach odruch 152 i przebudzenie. Uśpiłem ją i po 5 minutach wprowadziłem jednocześnie obu żabom po 0,0005 tebainy (o g. 5 m. 28 popoł.). O g. 5 m. 35 żaba budzi się sama; sen stał się bardzo słabym, tak że nawet zwierzę budzi się przy dotknięciu go palcem. O g. 5 m. 38 we śnie odruch 174; budzi się; jasne oznaki zatrucia; uśpiono ją. Położyłem przeszkodę na nos; po ½ m. min. 157, zwierzę budzi się, Uśpiono ją. Od g. 5 m. 40 sen stał się znowu głębszym i zwierzę od stuku nie budzi się. O g. 5 m. 45 odruch 168, budzi się; w trzy minuty potem bez snu 190—192. W tym czasie u żaby kontrolującéj sposo[illegible] odruchy były 198—200 a przed tebainą 172—17[illegible] n ły się [illegible]bem u żaby znajdującéj się w hypnozie odr[illegible] zwiększy pod wpływem jadu troszkę po nad normę (najp[illegible] 168—170, w hypnozie 152, pod wpływem tebainy 168—1[illegible]

C. Żaba, z którą doświadczenie w dniu p[illegible]n dała te same wyniki co zwykle, dnia drugiego była p[illegible]kiego rodzaju obserwacyi. Odruch 165—168; wprow[illegible]od skórę 0,0004 tebainy; po 18 minutach przy zjawi[illegible]ucia bardzo wyraźnych odruch 185—190; uśpiłem [illegible]pierwszy; po 4 hypnotyzacyach, gdy sen trwał już 3 [illegible]ruch 163 i budzi się; hypnoza znowu (o g. 1 m. 12 [illegible]. 1 m. 15— 154 i budzi się. Uśpiłem ją znowu; teraz [illegible]aż było otrzymać hypnozę niż w początku. O g. 1 m. [illegible]uch 168 i żaba nie obudziła się; położyłem na nozdrza bib[illegible]raz odruch 155—152 i obudziła się. Objawy zatrucia słab[illegible]ze niż przed snem. Hypnoza. O g. 1 m. 27 odruch od 165—168 i ruchy ku przechodzeniu; uspokoiłem zwierzę. Hypnoza stała się głęboką. O g. 1 m. 47 nadałem żabie normalne położenie; w 3 minuty potém 185—188. W 2 godziny po doświadczeniu odruchy 172—175; objawy drgawkowe prawie znikły.

W tém doświadczeniu, jak widzimy, odruchowość zwiększona pod wpływem tebainy zmniejszyła się do normy, a nawet niżéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Dochman: **Gorączka wzgl. podwyższenie ciepłoty jako objaw siły leczniczéj przyrody.**

Myśl ta mająca znaczenie tak teoretyczne jak również i praktyczne nie jest ściśle udowodnioną przez autora, co można było przypuszczać już *a priori* ze względu na dzisiejszy stan nauki, ale w każdym razie zebrał autor i połączył niektóre już oddawna znane spostrzeżenia, przytoczył niektóre nowe, przez siebie wykryte, które już same przez się są ciekawe. Autor przeprowadza myśl, że gorączka jest objawem walki fagocytów z obcemi ciałami, które się dostały do ustroju, t. j. bakteryjami, objawem ułatwiającym pierwszym zwycięztwo nad drugiemi. Opiera on swoją myśl na dwóch tezach, które też stara się udowodnić. Tezy te są: 1) samo podwyższenie ciepłoty jest korzystném dla zwalczenia w ustroju jadu chorobotwórczego i 2) zbiór objawów, występujących w gorączce, nie zależy wyłącznie od podwyższenia ciepłoty. Na dowód pierwszego twierdzenia przytacza on własne doświadczenia z kurarą. A mianowicie wstrzykiwał on kotom pewną ilość kurary i poddawał je działaniu wysokiéj ciepłoty (do 40°C. w kiszce odchodowéj), przyczém okazało się, że objawy zatrucia ustępowały po 1—2 godzinach gdy tymczasem u kotów pozostawianych w ciepłocie zwykłéj objawiała trucizna swoje działanie jeszcze po 3—4 godzinach. Że wpływ wysokiéj ciepłoty nie zależy od szybszego wydzielania kurary z ustroju, dowodzą doświadczenia, w których autor przed wstrzykiwaniem podwiązywał tętnice nerkowe. Oprócz tego udawało mu się wywoływać objawy zatrucia przez oziębienie zwierzęcia, u którego pod wpływem ciepła objawy te już były ustąpiły. Ztąd czyni autor wniosek, że podwyższenie ciepłoty nadaje komórce jakąś własność silniejszego opierania się truciźnie. Dla udowodnienia drugiéj tezy przytacza autor doświadczenia innych, wykazujące, że sztuczne podwyższenie ciepłoty w pewnych granicach jest nieszkodliwém dla ustroju, a daléj, że przy takiem podwyższeniu zwiększa się częstość uderzeń serca i podnosi się parcie krwi, podczas gdy w gorączce zwiększeniu ilości uderzeń tętna towarzyszy obniżenie parcia. Co do wpływu na trawienie, to przytacza autor swoje doświadczenia, gdzie podwyższenie ciepłoty przez ogrzanie zwierzęcia wywołało zwiększenie wydzielania żółci, a podwyższenie przez wstrzyknięcie istot gnijących zmniejszyło to wydzielanie. Daléj zjawiska nerwowe w gorączce zupełnie nie idą w parze z wysokością ciepłoty (n. p. dur brzuszny i powrotny). Wreszcie na poparcie swéj głównéj myśli przytacza spostrzeżenia, że choroby zakaźne jak kiła, wścieklizna, przebiegające bez gorączki są trudno uleczne, że objawy kiły często ustępują pod wpływem chorób ostrych, wreszcie wskazuje na zapomniane prace Dra Buisona, który leczył wściekliznę łaźnią parową, i na 80 chorych umarł mu tylko jeden. Autor jednakowoż nie twierdzi, że nie należy obniżać ciepłoty u ludzi w stanach t. zw. hyperpyretycznych, ponieważ sama znacznie podwyższona ciepłota wpływa szkodliwie na tkanki. Według niego zadaniem lekarza jest podtrzymywanie umiarkowanie podniesionéj ciepłoty i równocześnie zwiększenie utleniania. (*Meždunarodnaja klinika* Nr. 1, 1889 r.) *A. W.*

Medycyna wewnętrzna.

Walter-Lazarus-Barlow: **Tętno włosowate i jego wartość rozpoznawcza w chorobach serca**

Uderzenie tętnic (tętno) jest następstwem nawału krwi podczas skurczu serca; napływ ten przenosi się i na naczynia włosowate, ale słabnie bardzo skutkiem tarcia krwi o ściany tętniczek, tudzież skutkiem coraz więcéj rozszerzającego się koryta naczyniowego, a nareszcie działa tu i sprężystość ścian tętniczych, utrzymująca mimo przerywanéj czynności serca jednostajny prąd krwi. Śród pewnych wszakże warunków, jak np. w śliniance w porze wytężonéj czynności wydzielniczéj, tętno przenosi się na żyły za pośrednictwem naczyń włosowatych. Jestto działanie nerwów rozszerzających w naczyniach doprowadzających, w których tarcie ościenne jest zmniejszone i przez które w pewnym czasie więcéj krwi przepływa, niż w stanie prawidłowym. W takich razach odbija się uderzenie serca i na żyłach — powstaje tętno żylne.

Tętno włosowate, wywołane przerywaném działaniem serca. można spostrzegać tylko wzrokiem. Najlepiéj badać tętno to na błonie śluzowéj, szczególnie górnéj wargi. Odwróciwszy wargę górną, uciska się pewne miejsce jéj błony śluzowéj szkiełkiem mikroskopijném, natenczas w przypadkach typowych postrzega się: W samym środku jest miejsce, do którego skutkiem ucisku szkiełka krew wcale nie dopływa; w pewnéj zaś odległości od środka znajduje się wąska smuga, która staje się to ciemno-czerwoną, to bledszą, a brzeg jéj zdaje się naprzemian poruszać tam i nazad. Czerwienienie powtarza się równocześnie z uderzeniem serca.

Autor badał w tym kierunku 75 osób. U 5 znalazł serce zupełnie zdrowe i brak zupełny tętna włosowatego. U 10 znaleziono chorobę serca, bez powyższego objawu; u 4 chorobę organiczną serca z tętnem włosowatém, u 2 skurczowy szmer anemiczny i tętnienie włosowate, 6 razy postrzegano tętnienie włosowate obok nieczystego drugiego tonu na podstawie serca. U niektórych wykazane tętnienie następnie znikało, a u pewnego chłopca 8 l. istniało trwale, choć tenże nie miał wcale cierpienia serca, lecz był dotknięty gruźlicą płuc.

Objaw ten nie jest następstwem zapadu, bo go autor nigdy nie spotkał ani w zapaleniu płuc, ani w rozmiękczeniu mózgu, ani w ostréj gruźlicy.

Pośród 55 przypadków chorób serca postrzegał autor następujące odmiany:

Podwójna wada aorty. tętnienie włosowate . . . 33
(W 8 sekcyja potwierdziła rozpoznanie).
Szmer mruczący w drugiém prawém międzyżebrzu, tętno włosowate 2
Takiż szmer w témże miejscu bez t. wł. . . . 4
Wady zastawki dwoistéj, bez t. wł. 14
Stenosis ost. pulm. bez t. wł. 3

A zatém 83% przypadków tętna włosowatego dotyczyły wad aorty.

Autor przyznaje powyższemu objawowi znaczenie roz-

poznawcze w przypadkach wątpliwych wady sercowej. (*The Practitioner*, 1889, 4 marzec.) *Dr. Smoleński.*

(†) Dr. Stewart twierdzi, że chroniczne zapalenie wsierdzia występuje częściej na tle zatrucia ołowiowego, niż na tle reumatyzmu, kiły, lub alkoholizmu. I dla tego to we wszystkich przypadkach wad sercowych, których etyjologia jest wątpliwą, radzi on badać przedewszystkiem dziąsła. (*Wracz.* 1889, Nr. 10).

Chirurgija.

Sir W. Mac Cormae: **O cięciu brzusznem w celu leczenia uszkodzeń śródotrzewnowych.**

Autor dzieli uszkodzenia śródotrzewnowe na dwa główne działy, t. j. połączone z przebiciem jamy brzusznej lub powstałe przy całych powłokach brzusznych.

A. Uszkodzenia połączone z przebiciem ścian brzusznych.

a) Zdarzyć się mogą przypadki, w których jama brzuszna jest przebitą, a pomimo tego ani jelita ani inne narządy śródotrzewnowe nie uszkodzone. Są to jednak przypadki bardzo rzadkie i wyjątkowe.

Przypadki takie znane są z wojny amerykańskiej: i tak uciekający jeniec został przybity bagnetem przez jamę brzuszną do ziemi i rana ta zagoiła się bardzo szybko. W drugim przypadku przeszyła strzała jamę brzuszną wszedłszy 3 cale na prawo od 5 kręgu lędźwiowego, a wyszedłszy 2 cale na prawo od chrząstki wyrostka mieczykowego. Wystąpiło lekkie ograniczone zapalenie otrzewnej, chory jednak w krótkim czasie zupełnie wyzdrowiał. Podobny przypadek znany jest jeszcze jeden z wojny amerykańskiej, a Hennen opisuje takiż z wojny z r. 1812. Beck opisuje z wojny r. 1870—71 siedm przypadków ran postrzałowych, w których nie można było wykazać zranienia trzew. Pięć z tych wyzdrowiało, ale i w tych powstały później przetoki kalowe i t. d., tak, że ich ściśle tu zaliczyć nie można.

b) Uszkodzenia trzew po ranach przebijających ściany brzuszne.

Ponieważ działu tak obszernego nie można tutaj tak wyczerpująco przedstawić, przeto ogranicza się autor do omówienia ran jelita cienkiego, jako najniebezpieczniejszych i najcięższych. Abernethy i John Bell nazywali je krótko śmiertelnemi, obecnie rokowanie wobec nich jest już nieco lepsze. Rany te powstają najczęściej przy bijatykach, gdzie się często nożem posługują. Najważniejszą czynnością lekarza w pierwszej chwili jest rozpoznać, czy ściana brzuszna jest przebitą, a w razie potwierdzającym, czy jest i przebicie jelita czy nie. W tym celu trzeba użyć sondy, a gdyby ta nam nie wystarczyła, rozszerzyć ranę. Jeżli się znajdzie ścianę brzuszną przebitą, należy natychmiast przystąpić do szerokiego otwarcia jamy brzusznej. To jest naturalnie zbyteczne, jeżli przez ranę w ścianach brzusznych wypadły jelita. W razie zranienia jelita zalecał już w r. 1783 Benjamin Bell szew jelitowy, występował zaś przeciw niemu gwałtownie John Bell radząc, jeżli jelito jest zranione w jamie brzusznej, zupełnie go nie ruszać i liczyć na to, że się może samoistnie zrośnie, a nazywając projekt Benjamina Bella zeszycia zranionego wypadniętego jelita i odprowadzenia go do jamy brzusznej wprost kolosalnem głupstwem. Obecnie jednak musimy przyznać zupełną słuszność Benjaminowi Bellowi. W ogóle przy zranieniu jelita, czy to wypadniętego czy w jamie brzusznej się znajdującego, wskazanem jest zeszycie tegoż i pozostawienie w jamie brzusznej, względnie odprowadzenie do tejże. Postępowanie drugie, mianowicie założenie sztucznego odbytu, nie zaleca się z wielu względów: najpierw dla tego, że szwy łączące jelito z ścianą brzuszną mogą także popuścić, a na szwie jelitowym dobrze założonym można polegać; po drugie odżywienie chorego w razie założenia odbytu w górnych częściach jelit jest bardzo upośledzone, a po trzecie w razie udania się tejże operacyi i wyzdrowienia chorego czeka go jeszcze druga ciężka operacyja, t. j. usunięcie sztucznego odbytu, co w obec nieświetnych sił chorego, szczególniej, gdy sztuczny odbyt był w górnych częściach jelit założony, jest tem niebezpieczniejszem.

Tylko w jednym razie zalecić można założenie sztucznego odbytu, t. j. jeżli jelito uległo obumarciu wskutek zaciśnięcia, natenczas bowiem jest bardzo trudno rozpoznać granicę chorego i zdrowego jelita.

Dawniej twierdzono, że tylko większe rany jelit należy zeszywać, gdyby zaś długość rany była mniejszą niż $^1/_4$ cala, to liczyć na zrośnięcie się samoistne. Przeciw temu jednak wystąpił już także Benjamin Bell, twierdząc, że przez każdą najmniejszą rankę może kał wypłynąć, radzi więc słusznie każdą zeszywać. Co się tyczy sposobu szycia to, aby szew był dobry, powinny 1) dwie o ile możności równe powierzchnie być zeszywane, 2) szew nie powinien przebijać błony śluzowej, bo w takim razie mógłby po nitce kał wypłynąć i 3) ten szew jest najlepszy, który można w jak najkrótszym czasie założyć.

Pierwszy miał Rambdohr w r. 1730 przecięte jelito zeszyć z dobrym skutkiem. W r. 1745 miał Duverger osiągnąć zrośnięcie jelita za pomocą włożonego do światła tegoż stosownego cylindra — tego sposobu używano już w 13-tém stuleciu. (Dok. nast.).

(†) Drowie Péan, Ballet i Gelineau wykonali z dobrym skutkiem wycięcie nowotworu czaszko-mózgowego. Chory mężczyzna 28 lat liczący zaczął cierpieć na padaczkę od 22 roku. Sposób występowania padaczki przyprowadził autorów do wniosku, że przyczyną téjże jest porażenie ośrodka ruchowego odnogi dolnéj prawéj. A ponieważ chory nie miał ani kiły, ani gruźlicy, należało więc przypuścić istnienie nowotworu. Po wywierceniu czaszki i przecięciu opony twardéj, która była zupełnie nie zmienioną, znaleziono na wewnętrznéj powierzchni opony miękkiéj nowotwór, który wytworzył wskutek ucisku zagłębienie w istocie mózgowéj. Nowotwór ten wycięto i badanie mikroskopowe wykazało, że był to fibrolipoma. Rana wkrótce się zagoiła i chory od dwóch miesięcy jest już zupełnie zdrowym. (*Le Bulletin Médical*).

(†) Na posiedzeniu londyńskiéj Clinical Society opisał Dr. Mayo Robson przypadek skutecznego przesadzenia nerwu 14-letniéj dziewczynce, u któréj wycięto nowotwór, wychodzący z nerwu pośrodkowego na prawem przedramieniu, przyczém zaraz po operacyi wystąpiła bezczułość ręki. W dniu następnym przesadzono do rany kawałek nerwu goleniowego tylnego z królika i umocowano w niéj za pomocą dwu szwów na końcach. Po 5 tygodniach znikły wszelkie objawy bezczułości. Głównemi warunkami skutecznego przesadzania nerwów są podług Dra R. następujące: 1) Kawałek przesadzony nie powinien być rozciąganym; 2) należy obchodzić się z nim jak najostrożniéj; 3) przesadzać należy świeżo wycięte kawałki; 4) dla zeszycia wystarcza po jednym szwie na każdym końcu; 5) cała operacya powinna być przeprowadzoną ściśle antiseptycznie. (*The Illustrated Medical News*).

Choroby kobiece.

G. Jasiński: **(Des injections intrauterines dans l'infection puerperale.** Paris 1889.)

Po wyczerpującem zestawieniu literatury wstrzykiwań śródmacicznych w przypadkach gorączki połogowej, w których istoty zakaźne dostają się z jamy macicy do krążenia krwi, podaje autor kilka przypadków przez siebie obserwowanych w klinice Budina. Omawiając możebne niemiłe zajścia, jakie się podczas zabiegu przydarzyć mogą, przeczy stanowczo, aby płyn wstrzykiwany mógł się dostać przez trąbki do jamy brzucha; podobnież przeczy, aby się mogło dostać powietrze do żył podczas wstrzykiwania śródmacicznego. W zamian obawia się możliwego przebicia ścian macicy za pomocą kanki i opisuje odnośny przypadek, zakończony zejściem śmiertelnem. Na uwagę zasługuje bardzo dokładny i szczegółowy opis, jak podobne wstrzykiwania wykonywać należy. W rezultacie poleca gorąco wstrzykiwania śródmaciczne w odpowiednich przypadkach, wymaga jednak, aby używać kanki, którąby zabezpieczała odpływ płynu wstrzykiwanego i za pomocą której można dokładnie jamę macicy przepłukać. W tym celu poleca kankę podaną przez Budina. Zwraca uwagę, aby kankę wprowadzać do macicy ostrożnie, bez użycia siły, ze względu na możność przebicia ściany macicy. Do wstrzykiwań radzi używać rozczynu sublimatu 1 na 5000, a gdy ten przeciwwskazany, 2% rozczynu kw. karbolowego. *Mars.*

Buschmann donosi na posiedz. Tow. lek. wiedeńskiego o przypadku, w którym istniały zaburzenia w miesiączkowaniu tego rodzaju, że w przerwach między regularnością występowały

obrzęki całego ciała, nadto dawało się wykazać powiększenie wątroby i śledziony. Szczególnie obrzmiewały stawy. Skóra na sutkach tak obrzękała, że się obawiano, aby nie pękła. Nadto miewała chora rozlane bóle nerwowe. Z chwilą rozpoczęcia się miesiączki wszystkie objawy ustępowały; stan taki ogólnego dobrego stanu trwał 8 dni, poczem wszystko powracało. Wszystkie możliwe sposoby leczenia zewnętrznego i wewnętrznego zawodziły; dopiero mięsienie, wprawdzie z początku bolesne, przyniosło choréj ulgę; nie mało przyczyniło się do tego leczenie karlsbadzkie. Poprawa jednak trwała tylko kilka miesięcy, poczem wszystkie objawy powróciły. Na zaleconą kastracyję chora zgodzić się nie chce. Podobny przypadek widział B. u 14-letniéj dziewczyny w Kairo, tam mięsienie sprowadziło ropne zapalenie stawów. (*Wiener med. Woch.* 1889 Nr. 1).

Dr. Kraus.

Choroby oczne.

J. Vose Solomon. **Wycięcie gruczołu łzowego w przypadku łzawienia.**

Pierwszy Perciwal Polt zwrócił uwagę na to, że zwężenia przewodu noso-łzowego możnaby leczyć w ten sam sposób jak zwężenia cewki moczowej, ale dopiero Bowmanowi zawdzięczamy podanie sposobu, którym skutecznie można zboczenie to usunąć. Przecięcie przewódki łzowej i wprowadzanie zgłębników znosi większość chorych bardzo dobrze i leczenie to w większej części przypadków prowadzi do pożądanego wyniku. Ale zdarzają się przypadki, w których leczenie tym sposobem napotyka na nieprzezwyciężone trudności a wtenczas należy szukać innej drogi, którąby można dojść do celu. W takiem położeniu znalazł się Solomon w obec chorej, u której wprowadzanie zgłębnika do dróg łzowych wywoływało przypady tak niebezpiecznego zapadu, że dalsze leczenie tym sposobem było wprost niemożebne. Ponieważ jednak chora chciała się pozbyć łzawienia, przeto Solomon przystąpił do wycięcia gruczołu łzowego. Rana zagoiła się przez rychłozrost a wynik był zupełnie dobry. Autor poleca więc ten sposób, ale tylko w przypadkach, w których metoda Bowmana napotyka na wielkie trudności a więc wtenczas, kiedy wprowadzanie zgłębników wywołuje objawy zapadu lub napady nerwowe. (*The Lancet* Nr. 8, 1889). *A. R.*

Choroby uszne.

Doc. Gradenigo (Turyn). **O peryjodycznem krwawieniu z ucha zewnętrznego przy nietkniętéj błonie bębenkowéj.**

W numerze 13 Przeglądu Lekarskiego r. z. referowałem o przypadku okresowo powracającego krwawienia z ucha przy nieprzedziurawionéj błonie bębenkowéj, spostrzeganym przez Eitelberga w Wiedniu (*Internat. klin. Rundschau* Nr. 3—4). Na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Turynie donosi Gr. o innym przypadku pod wielu względami podobnym do pierwszego. Dotyczy on dziewczyny 15-to letniéj, która okazywała wybitne objawy macicznicy i doznawała od dłuższego czasu silnych bólów głowy w okolicy czoła. Jednego dnia ukazało się u niej lekkie krwawienie z ucha zewnętrznego, które okresowo się powtarzało, szczególnie podczas miesiączkowania. Przy dokładnem badaniu można było spostrzedz w przewodzie usznym obok kilku małych strupów krwi zaschniętéj obecność małych czerwonych punkcików, które prawdopodobnie przedstawiały otwory gruczołków łojowych, z których krwawienie pochodziło, co również przypomina wymieniony przypadek Eitelberga. Przy wkraplaniu wyskokowego roztworu kwasu borowego w przewód słuchowy i odpowiedniem wewnętrznem lekarskiem i dyjetetycznem leczeniu zboczenie to zupełnie ustąpiło. Na uwagę prof. Morellego, że trzeba w takim przypadku podejrzywać zręczne udawanie i oszukiwanie przez chorą, odpowiada G., że przypadek przez niego spostrzegany nie jest jedynym w literaturze i przytacza profesora de Rossi (Rzym), który spostrzegał wystąpienie krwi z przewodów gruczołów łojowych. (*Internat. klinische Rundschau* 1889, Nr. 10). *Dr. R. Spira.*

Choroby weneryczne.

A. Morrow: **O idyjosynkrazyji w leczeniu swoistem kiły.**

N. rozróżnia trojakiego rodzaju zboczenia w działaniu swoistych środków przeciw kile używanych (rtęć, jod) od zwykłego ich działania: po pierwsze nadzwyczajna wrażliwość w obec fizyjologicznego i trującego działania tychże leków; po drugie wywoływanie nieprzyjemnych objawów ubocznych na skórze i błonach śluzowych, lub w innych narządach; po trzecie niewrażliwość ustroju na lecznicze ich działanie. Gdy istnieje wielka wrażliwość w obec rtęci, wtedy nic nie pomoże, jeżeli się zmniejszy jéj dawkę, gdyż istnieje tu właśnie idyjosynkrazyja i ustrój oddziaływa na najmniejsze ilości. Podczas gdy zwykła wysypka jodowa nie stanowi przeciwwskazania dla dalszego używania jodu, to inaczéj całkiem rzecz się ma w cięższych przypadkach. I tak powstały w jednym przypadku silne obrzęki w skórze, a równocześnie wystąpiło osłabienie, bezsenność, silne bóle głowy i gwałtowne nieżyty błon śluzowych w skutek używania jodu. W takich razach należy porzucić leczenie swoiste, a wskazane jest wtedy obok ogólnego wzmacniającego działania szczególnie staranne leczenie miejscowe. M. poleca gorąco w silnie ropiejących wrzodach kiłowych tlenek wodu. W przypadkach, w których działanie środków swoistych jest nadzwyczaj małe, należy mniéj starać się o wyszukanie środków takowe zastępujących, jak raczéj poprawić i wydoskonalić sposób ich podawania. W końcu ostrzega M. przed wszelkim szematyzmem w leczeniu kiły (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*)

Dr. Baschkopf.

Fournier: **Statystyka przyczyn kiły u kobiet.**

F. podaje w celu wykazania, jak wielką jest odsetka „kiły niewinnych“, dokładną statystykę o 887 miu kiłowych kobietach ze swéj prywatnéj praktyki, o których robił starannie zapiski. Między temi znajduje się 842 przypadków kiły nabytéj przez spółkowanie, 45 czyli 5% zakażenia przypadkowego, nabytego w inny sposób: 7 przypadków kiły dziedzicznéj, cztery przypadkowe zarażenia w wieku dziecięcym, ośm mamek zarażonych przez oseski, pięć położnych zarażonych podczas wykonywania swego zawodu, dwanaście zakażeń przez mamki, służące i t. d., dwa przez szczepienie ospy, dwa przez kateteryzowanie trąbki Eustachijusza, jeden w skutek zgwałcenia, cztery przypadki kiły w sposób nieznany nabytéj, ale na pewne nie przez spółkowanie. Między 842 kobiet zarażonych przez spółkowanie było 220 zamężnych. F. oblicza, że 19—20 % wszystkich tych kobiet zostało zarażonych przez swych małżonków. Do liczby téj należy jeszcze dodać 5 % przypadkowego zarażenia. W praktyce więc Fourniera było na 100 kobiet kiłą dotkniętych 24—25 „niewinnie“ zarażonych. Słusznie odzywa się autor, że ta przestraszająco duża liczba, która jego samego zadziwiła, powinna także i dla tych być wskazówką, którzy twierdzą, że kiła jest zasłużoną karą za wyuzdane życie. (*La semaine médic.*)

Dr. Baschkopf.

Rozmaitości z praktyki lekarskiéj.

1) Leczenie błonicy przez nasolanie lub nacukrzanie migdałków. A. Seibert w Nowym Jorku wprowadza zaraz przy pierwszéj wizycie u chorego, na trzonku od łyżki sproszkowanéj soli kuchennéj raz na jeden, drugi raz na drugi migdałek. W razie dostania się soli w okolicę krtani powstaje silny kaszel, a chorzy wyrzucają błony nekrotyczne. W takim razie obsypuje S. powtórnie obnażoną powierzchnię migdałka solą kuchenną.

Lorey znów poleca w tym samym celu wdmuchiwanie cukru sproszkowanego do miejsc zajętych i płókanie połyku rozczynem soli kuchennéj. (*Münch. med. Woch.*) W obec częstości dyfteryi po naszych wsiach, należałoby leczenia temi środkami domowemi próbować.

2) Leczenie poronne zapalenia włóknikowego płuc uskutecznia prof. Petrescu z Bukaresztu przez podawanie bardzo wysokich dawek naparstnicy według przepisu:

Rp. *Foliorum digitalis* 4·0—6·0
Aq. dest. . . . . 200·0
f. infusum. Adde
Syrupi simpl. . . 40·0
M. D. S. Co pół godziny łyżkę zażyć.

Chorzy dorośli zażywają codziennie 8—12 gm. (!!) liści naparstnicy; dzieci 1—2 gm. Choroba przełamuje się według autora dnia trzeciego, a chorzy „w dzień potem są zupełnie silni i zdolni do pracy“. Przy téj medykacyi, któréj autor stosował w 557 przypadkach, wynosi odsetek śmiertelności 1,22, podczas

gdy autorowie podają dotąd cyfrę 7—15% (Odczyt w *Académie de médecine* w Paryżu).

3) Dur brzuszny przebiega według Steppego pomyślnie przy używaniu chloroformu dziennie po 1 gm. na 150 aq. d. w trzech dawkach. Ilość leku może być jeszcze większą. Korzystne działanie chloroformu polegało według autora na tem, że zajęcie senzoryum szybko ustępowało, a w gorączce nastawały remisyje. (*Münch med. Woch.*).

4) Przepłókiwania żołądka w nagłych przypadkach, n. p. po otruciach, uskutecznia Ewald w sposob lewarowy, biorąc zwyczajną rurkę kauczukową od gazu i przystosowując do niéj zamiast lejka szyjkę flaszki, któréj dno zostało wybite. (*Klinik der Verdauungskrankheiten*).

5) Swędzenie w pokrzywce usuwa Vidal przez zmywania rozczynem

Rp. *Chloral. hydrat.* . 3·0
Aq. laurocerasi. . 50·0
Aq. dest . . . . 200·0

W. J.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.
Sekcyja lwowska.
Posiedzenie naukowe z dnia 9 lutego 1889 r.

Przewodniczący: Prof. Dr Merczyński: Obecnych członkow 35.

Kol. Przewodniczący zagaja posiedzenie serdeczną przemową, w której podziękowawszy członkom Sekcyi za okazaną mu przez wybór życzliwość i zaufanie zapewnia, że dołoży wszelkich starań, ażeby się z powierzonego zadania należycie wywiązać. Przyznaje jednak, że to nie będzie rzeczą łatwą, zwłaszcza, że obowiązki przewodniczącego obejmuje po tak zasłużonym poprzedniku, jakim był prof. Dr. Czyżewicz, który w roku zeszłym tak gorliwie i skutecznie trudził się dla dobra Towarzystwa i dla tego prosi członków Sekcyi o pobłażanie i pomoc. Najprzód odwołuje się do tych kolegów, których nazwiska znane już są w literaturze lekarskiéj, aby i nadal zechcieli zasilać Towarzystwo swemi pracami naukowemi. Następnie prosi o pomoc kolegów specyjalistów. Przy dzisiejszym nader szybkim rozwoju umiejętności lekarskich trudno przychodzi lekarzowi zajętemu praktyką śledzić równocześnie za postępem nauki we wszystkich specyjalnych gałęziach. W obec tego będzie pożądaném i bardzo użyteczném, aby koledzy specyjaliści na posiedzeniach Sekcyi podawali sprawozdania z postępu nauk w poszczególnych gałęziach i w ten sposób dopomagali kolegom do poznawania nowszych zdobyczy naukowych. Daléj podnosi kol. Przewodniczący, że Towarzystwo obok zadania naukowego ma zadanie, wpływać na prawodawstwo zdrowotne. Wkrótce będzie Towarzystwo miało sposobność do działania w myśl tego zadania. W roku bieżącym ma być w Sejmie przedłożony projekt organizacyi służby zdrowia w gminach. O potrzebie i doniosłém znaczeniu tej instytucyi nie potrzeba nikogo przekonywać, a jednak obawiać się można, że sprawa zostanie znowu odwleczoną dla uniknięcia kosztów, jakie ta organizacyja służby zdrowia w gminach za sobą pociągnie. Obowiązkiem zatém Towarzystwa jest zająć się gorliwie tą sprawą, wykazać konieczność i niewątpliwe korzyści takiej organizacyi i użyć całego swego wpływu do pomyślnego jej przeprowadzenia. Wreszcie przypomniał kol. Przewodniczący, że w zakresie działania Towarzystwa leży téż czuwanie nad interesami i godnością stanu lekarskiego i że w tym kierunku pozostaje obecnie nieco do zrobienia. W ostatnich czasach, może w skutek napływu lekarzy do Lwowa, wzmogła się konkurencyja zawodowa, obowiązkiem zatém Towarzystwa jest zapobiegać, aby konkurencyja ta nie zeszła na niewłaściwe tory i nie naraziła interesów i godności stanu lekarskiego. Przemowę swoją zakończył kol. Przewodniczący życzeniem, aby na przyszłém dorocznêm posiedzeniu członkowie Towarzystwa mogli powiedzieć, że rok ten nie upłynął bez korzyści dla rozwoju Towarzystwa i stanu lekarskiego i aby to ciało naukowe, jakie stanowimy, odznaczało się nie tylko rozumem, ale czuło zarazem uderzenie serca ożywionego szczerą życzliwością i koleżeńską przyjaźnią.

Po oklaskach, jakimi to przemówienie ogólnie przyjęto, kol. Przewodniczący przedstawił nowego członka Dr. Piotra Kucharskiego ze Lwowa.

2) Kol. Barącz przedstawił 35-letniego mężczyznę, u którego przed 13-ma dniami przy obustronném podwiązywaniu tętnic kręgowych z powodu padaczki wyciął po stronie prawéj szyji około 5 ctm. długi kawałek nerwu współczulnego, zawierający zwój środkowy i dolny. Do tego czasu chory po operacyi ma się dobrze, napadu padaczkowego nie miał, a rany po obu stronach szyji zagojone przez rychłozrost.

3) Kol. Prus wspólnie z kol. Wehrem przedstawili czteroletnią dziewczynkę ze skoliozą statyczną.

Dyskusya nad przypadkami 2. i 3. została odłożona do następnego posiedzenia.

4) Z koleji kol. Merunowicz mówił: „O nadzorze lekarskim w szkołach.“ Wspomniawszy, że sprawą tą zajmuje się już Towarzystwo nauczycieli szkół wyższych, które na walném zgromadzeniu w maju 1888 uznało potrzebę nadzoru lekarskiego w szkołach średnich i poleciło Wydziałowi Towarzystwa, aby w celu zaradzenia tej potrzebie stanowcze poczynił kroki, uważa za odpowiedne i pożądane, ażeby i Sekcya lwowska Towarz. lekarsk. galic. przyłączyła się do współdziałania w tej sprawie. Zarazem przedstawia kol. M. owe wnioski, któreby mogły stanowić podstawę do uchwały Sekcyi w tej sprawie.

Sekcyja uznając ważność tej sprawy, wybrała do jej rozpatrzenia komisyję, złożoną z kol. Merunowicza, jako wnioskodawcy, kol. Merczyńskiego i kol. Pawlikowskiego, która na następném posiedzeniu zda sprawę.

5) Poufna pogadanka o stosunkach lekarskich we Lwowie.

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawa wodociągowa krakowska.

Zdanie sprawy i wnioski w przedmiocie budowy wodociągu regulickiego przedstawione Radzie miejskiéj, krakowskiéj przez komisyję wodociągową. Kraków 1889. dnia 8 kw. str. 163 i 5 tablic chromolitografowanych.

Kraków postąpił w ostatnich latach bardzo znacznie na polu opieki nad zdrowiem publiczném i wyprzedził o wiele stolicę kraju. Rzeźnia, uregulowanie służby miejskiéj lekarskiéj, powiększenie sieci kanałowéj, poprawna budowa dołów kloacznych, zaprowadzenie najlepszego w téj chwili sposobu ich wypróżnienia, zbudowanie zakładu desinfekcyjnego, urządzenie miejskiéj pracowni chemicznéj są wymownym dowodem tak należytego kierunku w miejskich sprawach sanitarnych jak i postępowości Rady miejskiéj.

Koroną wszakże wszelkich reform higienicznych jest zaopatrzenie Krakowa w dobrą wodę w potrzebnéj ilości i dla tego z radością powitać należy ukazanie się na widok publiczny zdania sprawy komisyi wodociągowéj, zawierającego w sobie wnioski co do ostatniego załatwienia kwestyi tak długo się wlokącéj, bo po długiéj, kilkudziesięcioletniéj przerwie jeszcze przez prezydenta miasta ś. p. Dr. Dietla na porządku dziennym postawionéj.

Ze względu przeto tak na ważność sprawy, chociaż tylko miejscową, jak i okoliczność, że w zdaniu sprawy, o które chodzi, poruszono bardzo wiele okoliczności mogących obchodzić świat lekarski, podamy treść jego w krótkości.

Zdanie sprawy dzieli się najprzód na dwie części; pierwsza omawia całą kwestyję od początku do końca i zawiera wnioski dla Rady miejskiéj, gdy druga mieści w sobie dowody poparcia twierdzeń w części pierwszéj.

W części pierwszéj znajdujemy najprzód rys historyczny sprawy od czasu wstąpienia do niéj śp. inżyniera Władysława Klugera, który wykazał umiejętnie, że w zakreślonym pierwotnie przez komisyję wodociągową 15 kilometrowym promieniu od Krakowa nie ma ani źródeł dostatecznych ani wystarczających dla Krakowa zasobów dobréj wody gruntowéj. Poszedł przeto daléj w swych poszukiwaniach i w dolinie baczyńskiéj znalazł wyborną wodę gruntową, ściśle jednak pomiary wykazały, iż jéj może być zaledwie, co najwięcéj, 2400 m. sz. na dobę, co dla Krakowa już dziś nie może wystarczyć. W obec takiego wypadku swych badań, kontrolowanych przez delegatów komisyi wodociągowéj, zwrócił ś. p. Kluger uwagę swą na źródła regulickie, już dawniéj przez Dra Bolesława Lutostańskiego do wodociągów krakowskich zalecane a przekonawszy się ponow-

nie o ich wybornym składzie chemicznym, stosownéj temperaturze, dostatecznéj dla Krakowa obfitości i odpowiedniém wzniesieniu, wziął się do opracowania projektu sprowadzenia wód wymienionych do Krakowa. Niestety choroba a następnie śmierć w dniu 29 Lutego 1884 przerwały pracę dla Krakowa tak pożyteczną. Następcą śp. Klugera został p. Karol Friederich, starszy inżynier budowli wodnych W. kstwa Badeńskiego, w Karlsruhe zamieszkały, b. dyrektor wodociągów we Frankfurcie nad Menem. Ten przybywszy do Krakowa zbadał zdroje regulickie na miejscu a przekonawszy się dokładnie o ich szacownych przymiotach wypracował plan ogólny zaopatrzenia Krakowa w wodę ze zdrojów regulickich i polecił dalsze mierzenie wydatności tych źródeł. Ponieważ te pomiary wydatności i temperatury obok korzystnéj opinii chemików i geologów wypadły na korzyść projektu regulickiego, przeto komisyja wodociągowa po wysłuchania opinii wyznaczonych przez siebie podkomisyj: techniczno-sanitarnéj i finansowej postanowiła na posiedzeniu w dniu 10 Listopada r. 1888 przedstawić radzie miejskiéj wnioski zmierzające do budowy wodociągu z Regulic.

W rozdziale drugim mieści się o k r e ś l e n i e w o d y d o b r é j i o p i s t e r a ź n i e j s z y c h w ó d s t u d z i e n n y c h k r a k o w s k i c h.

Woda dobra:

1) Winna być zupełnie czysta, bez woni i bez barwy (co do ostatniéj, w warstwach metra nie dochodzących).

2) Winna zawierać mało (nie więcéj lub malo co więcéj niż 500 miligramów w litrze) części stałych i jak najmniéj uorganizowanych.

3) Ziem alkalicznych nie powinna zawierać więcéj, niż to odpowiada 180 miligramom tlenku wapniowego w litrze.

4) Ciała w wodzie się rozpuszczające, mianowicie siarkany i azotany, znajdować się mogą tylko w małéj ilości.

5) Skład chemiczny i temperatura wody mogą zmieniać się w różnych porach roku tylko bardzo nieznacznie.

6) Do wody nie mogą dostawać się żadne materyje nieczyste lub tylko podejrzane.

7) Woda nie może nigdy zawierać żadnych ciał czyto pochodzących z niezupełnego ukwaszenia się istot organicznych czyto będących lub mogących być tylko nośnikami jakichbądź chorób i w i n n a k o n i e c z n i e d a w a ć w s z e l k i e r ę k o j m i e, ż e t a k ą z a w s z e z o s t a n i e.

Na téj podstawie orzeczono, że woda dobra nie powinna zawierać w jednym litrze:

kwasu azotowego	więcéj niż	15 mgrm.
Chloru	„ „	30 „
Kwasu siarkowego	„ „	100 „
Wapna z magnezyją	„ „	180 „
Pozostałości po odparowaniu	„ „	500 „

W wodzie dobréj nie powinno być ani amonijaku ani kwasu azotowego. Temperatura winna wynosić od 8 do 12° C. a zmiany jéj w ciągu roku nie powinny przenosić 4 do 6° C.

Rozumie się samo przez się, że z wymienionych składników chemicznych może być ilość jednego lub drugiego od podanéj nieco większa bez ujmy dla dobroci wody; to jednak pewna, że miarą zanieczyszczenia wody, mianowicie materyjałami rozkładowemi z życia ludzi lub zwierząt, a tém samém jéj nieużyteczności dla ustroju naszego, są przedewszystkiem amonijak i kwas azotowy, tudzież twory uorganizowane osobliwie będące lub nawet tylko mogące być nośnikami chorób zakaźnych.

Kardynalnym przeto jest warunkiem, żeby woda nie zawierała ani amonijaku, ani kwasu azotowego, nie dlatego, żeby te ciała były wprost dla ustroju ludzkiego truciznami, bo one znajdują się w wodzie, o któréj w ogólności można myśleć do użytku ludzkiego, w ilości zanadto małéj, ale dlatego, ponieważ pochodzą prawie wyłącznie z niezupełnego utleniania się wydzielin ustroju ludzkiego i zwierzęcego, a témsamém oznaczają nietylko, że ziemia jest zanieczyszczona a szkodliwe dla zdrowia materyje nie przemieniły się w połączenia zupełnie utlenione (czyli, jak się wyrażają, istoty organiczne nie przeszły w części mineralne), ale i wskazują na możność dostania się do wody lub nawet już obecność tworów uorganizowanych, nawet wprost chorobotwórczych.

Temperatura wody, przynajmniéj do picia, najodpowiedniejsza jest między 8 a 12° C. raz, ponieważ to jest według doświadczenia temperatura dla największéj części ludzi najprzyjemniejsza a témsamém do użycia wody najwięcéj zachęcająca, a powtóre, ponieważ temperatura niższa może dawać powód do niekorzystnego działania na przewód pokarmowy, wyższa zaś ani nie orzeźwia, ani nie odejmuje ciału ludzkiemu ciepła, co jest w każdéj porze roku a osobliwie w lecie bardzo ważnym celem używania wody do picia.

Że temperatura wody nie powinna się znacznie zmieniać w ciągu roku, ma dwojaki powód, raz, by woda nie oddalała się swą ciepłotą od wymienionych granic między 8 a 12° C., a powtóre, ponieważ zmiana temperatury dowodzi albo pochodzenia z warstw ziemi powierzchownych, a témsamém nieczystych lub przynajmniéj na zanieczyszczenie szczególnie wystawionych, albo dopływów bocznych z powierzchni, co z tegoż samego powodu czyni wodę niepewną.

Nakoniec ostatni warunek, że woda nie powinna zawierać w sobie tworów uorganizowanych albo tylko bardzo mało, ma swą przyczynę w tém, iż te twory uorganizowane (po największéj części mikroskopijnie) pochodzą przeważnie albo z powierzchni albo z warstw bardzo płytkich ziemi i albo są w związku z gniciem, albo są wprost organizmami chorobotwórczemi.

To, że woda stale do użytku ludzkiego służąca lub służyć mająca, winna dawać koniecznie wszelkie rękojmie, że będzie zawsze czystą, że mianowicie nigdy nie da powodu do wystąpienia chorób zakaźnych, rozumie się samo przez się i nie potrzebuje żadnego dowodu.

Z wydanego w r. 1888 „Chemicznego rozbioru wód studziennych miasta Krakowa przez Prof. Dra K. Olszewskiego i K. Trochanowskiego“ przekonać się można, iż wszystkie inne wody studzienne w Krakowie bez wyjątku nie odpowiadają nawet w przybliżeniu podanemu wyżéj określeniu wody dobréj, bo zawierają w sobie za dużo części stałych, prawie bez wyjątku za dużo chloru, kwasu siarkowego i ziem alkalicznych. Jakoż wynosi w litrze i w miligramach

kwasu azotow. najmn.	2,	najwięk. ilość	790	w miejsce	15
chloru „	21,	„ „	1145	„	30
kwasu siarkow. „	44,	„ „	681	„	100
wapna z magnez. „	180,	„ „	1124	„	180
pozostałości po odpar.	536,	„ „	5453	„	500

dozwolonych, przyczem dodać należy, iż i w tych wodach, w których ilość jednego lub drugiego składnika nie dochodzi ilości dozwolonéj dla wody dobréj, inne składniki, jak to zresztą wypada z ogólnéj liczby części stałych, są w tak wielkiéj ilości, iż w zupełności nie tylko wyrównywają, ale wprost nawet przeważają korzyści ze zmniejszenia się jednego składnika. Takich studzien jest zresztą bardzo mało. Tak np. studnia w ulicy Karmelickiéj nr. 70 ma wprawdzie tylko 2 miligramy kwasu azotowego, ale za to części stałych 1160, w tém tlenku wapniowego 260, chloru 78 a amonijaku nawet $3\frac{1}{2}$ miligrama. Jest to więc woda bardzo zanieczyszczona.

Że w największéj liczbie (przeszło 65%) studzien znajduje się amonijak albo kwas azotawy lub nawet obydwa razem.

Prawie we wszystkich studniach znajduje się znaczna ilość ciał organicznych;

Nakoniec, że woda studzienna w Krakowie pogarsza się.

Woda np. w bibliotece jagiellońskiéj, uważana przez wielu do dziś dnia za bardzo dobrą, miała kwasu azotowego w roku 1871 141, w r. 1881 zaś 258 miligramów i t. d.

W ogólności, najlepsze stosunkowo wody znajdują się w stronie północnowschodniéj miasta, a pogarszają się coraz bardziéj w miarę zbliżenia się przed śródmieście, Stradom i Kazimierz nad brzegi Wisły, gdzie są najgorsze, zawierające tam więcéj niż 11 razy wziętą ilość dozwoloną części stałych.

Główne przeto twierdzenie osób niechętnych zaprowadzenia wodociągów w Krakowie: „P r z o d k o w i e n a s i p i l i t ę w o d ę, j a k ą d z i ś m a m y, b y ł o d o b r z e i b ę d z i e n a d a l d o b r z e,“ jak składa się z trzech głównych zdań, tak też w trzech punktach nie zgadza się z rzeczywistością, bo przodkowie nasi nie pili tak złéj wody, jaką my dziś mamy w Krakowie, nie było i nie jest z tém dobrze, a nawet tak źle, jak już jest, nie będzie, bo musi być koniecznie i będzie coraz gorzéj; woda bowiem studzienna będzie coraz więcéj zanieczyszczona a tém samém i coraz szkodliwsza. (Ciąg dalszy nastąpi).

* **Nowa ustawa wojskowa.** Ustawa z dnia 11 kwietnia r. 1889, znosząca dotychczasowe rozporządzenia co do wypełniania obowiązku wojskowego i zaprowadzająca nowe bądź co bądź ostrzejsze przepisy, weszła już w życie. Uważamy za rzecz wskazaną podać te paragrafy ustawy, które odnoszą się do jednorocznych ochotników medyków, daléj ustępy rozporządzeń Ministerstwa obrony krajowéj z d. 15-go i 18-go kwietnia 1889 roku wreszcie rozporządzenia Ministra wyznań i oświaty, zawierające ustępstwa dla kształcących się w wyższych zakładach naukowych.

Doniosłego znaczenia dla jednorocznych ochotników medyków jest § 27 nowéj ustawy wojskowéj, który opiewa jak następuje:

1) Jednoroczni ochotnicy, którzy poświęcają się naukom lekarskim i starają się o nominacyję na lekarzy w rezerwie, mają służyć czynnie pół roku w linii, a mianowicie przy piechocie albo strzelcach, drugie pół roku po otrzymaniu stopnia doktora przy zakładach wojskowo-sanitarnych jako zastępcy asystenta-lekarza.

2) Służbę w linii rozpocząć można tylko z dniem 1-go kwietnia i to najpóźniéj tego roku, w którym aspirant kończy 25-ty rok życia. Służbę jako lekarz rozpocząć można albo 1-go kwietnia albo 1-go października, a mianowicie najpóźniéj 1-go kwietnia tego roku, w którym aspirant kończy 28-my rok życia.

3) Po odpowiednio wypełnionéj służbie czynnéj zostają ci jednoroczni ochotnicy zamianowani lekarzami-asystentami w rezerwie, w innym zaś razie przeniesieni zostają do rezerwy jako zastępcy lekarza-asystenta.

4) Ci jednoroczni ochotnicy, którzy porzucają studyja lekarskie, lub takowych aż do wyżéj oznaczonego terminu nie kończą, mają odbyć czynną służbę jedno-względnie dwuroczną w linii, z doliczeniem wypełnionego już może czasu służby wojskowéj. Natomiast uwolnieni są od służenia drugi rok ci jednoroczni ochotnicy, którzy nauki lekarskie ukończyli, stopnia jednak lekarskiego aż do wspomnianego wyżéj terminu nie osiągnęli.

Rozporządzenia przejściowe ustanawiają odnośnie do prawa jednorocznych ochotników co następuje:

Wszystkie prawa i korzyści jednorocznéj służby wojskowéj osiągnięte, nim powyższa ustawa wchodzi w życie, zastrzegają się.

Jednorocznych ochotników, odbywających już czynną służbę w chwili, gdy powyższa ustawa wchodzi w życie, należy traktować według dotychczasowych przepisów.

Tym jednorocznym ochotnikom, którzy aż do tego terminu nie rozpoczęli jeszcze jednorocznéj czynnéj służby, zostawia się przyznane już odroczenie czynnéj służby.

Jednoroczni ochotnicy medycy, którzy z wejściem w życie powyższéj ustawy znajdują się na trzecim lub dalszym roku nauk lekarskich, mogą rozpocząć półroczną czynną służbę w linii (§ 27) najpóźniéj w tym roku, w którym kończą 27-my rok życia.

Zresztą w obec jednorocznych ochotników asenterowanych przed wejściem w życie téj ustawy, rozporządzenia obecnéj ustawy znajdują swoje zastosowanie.

Z licznych paragrafów rozporządzenia co do przeprowadzenia ustawy następujące są dla medyków ważne:

§ 7. Jednoroczni ochotnicy obowiązani są tylko do jednorocznéj czynnéj służby w armii (marynarce wojennéj) względnie w obronie krajowéj.

Temu samemu obowiązkowi służbowemu podlegają także jednoroczni ochotnicy, należący według kolei losowania do rezerwy uzupełniającéj.

Wykluczeni są z tego dobrodziejstwa jednoroczni ochotnicy, służący w armii lub w obronie krajowéj, następnie jednoroczni ochotnicy marynarki wojennéj, którzy nie czynią zadość egzaminowi, który ma być składanym w końcu roku czynnéj służby; ci mają odbywać czynną służbę przez rok drugi.

Tylko ci jednoroczni ochotnicy, którzy ukończyli nauki lekarskie, stopnia jednak doktora aż do 1-go kwietnia tego roku, w którym skończyli 28-my rok życia nie otrzymali, nie są obowiązani do odbycia drugiego roku czynnéj służby.

§ 63. Korzyść jednorocznéj służby czynnej przyznaną być może zarówno dobrowolnie wstępującym, jakotéż tym, którzy w drodze poboru wojskowego asenterowani zostali.

§ 76, ustęp 2. Dowód naukowego uzdolnienia stanowią dla medyka: urzędowe potwierdzenie dziekana Wydziału lekarskiego uniwersytetu krajowego, że aspirant jako słuchacz zwyczajny i na który rok zapisany jest i że na wykłady rzeczywiście uczęszcza, albo dyplom doktora medycyny uniwersytetu krajowego.

Ustęp 3. Służący na własny koszt jednoroczni ochotnicy medycy mogą otrzymać podczas pierwszéj połowy roku swéj czynnéj służby wojskowéj, jeżeli o to proszą, umundorowanie ze strony skarbu i otrzymują broń i uzbrojenie podobnie jak jednoroczni ochotnicy na koszt państwa bez wynagrodzenia.

Dla wyjątkowego przyznania korzyści jednorocznéj służby wojskowéj na koszt państwa mają medycy przed rozpoczęciem półrocznéj służby czynnéj jako zastępcy lekarza asystenta, farmaceuci i weterynarze już przed rozpoczęciem jednorocznéj służby czynnéj wykazać się, że miesięczne ich dochody wynoszą mniéj niż 30 złr.

Dochody służących na koszt państwa jednorocznych ochotników medyków, farmaceutów i weterynarzy ustanowione są przez przepisy należności dla wojska, względnie dla obrony krajowéj.

Ustęp 4. Medykom pozostawia się wybór korpusu wojskowego przy piechocie i strzelcach, farmaceutom wybór oddziału sanitarnego, weterynarzom wybór pułku jazdy lub zaprzęgów.

W obronie krajowéj mogą jednoroczni ochotnicy medycy i farmaceuci wybierać tylko oddział piechoty, weterynarze oddział konny obrony krajowéj.

Ustęp 5. Wnoszenie i udowodnienie próśb następuje w ogóle według przepisów § 64.

Medycy mają w swych podaniach o przyjęcie podać, w którym roku życzą sobie rozpocząć półroczną służbę w armii czynnéj.

Ustęp 10. Jednoroczni ochotnicy medycy mają rozpocząć półroczną służbę w czynnéj armii tylko 1-go kwietnia i najpóźniéj w tym roku, w którym kończą 25-ty rok życia.

Półroczną służbę jako zastępca lekarza asystenta przy zakładzie wojskowo-sanitarnym należy rozpocząć 1-go kwietnia, względnie 1-go października po otrzymaniu dyplomu doktora; chyba, że służby czynnéj w armii jeszcze nie odbyli, a w takim razie należy ją pierwéj odbyć.

Służenie jako zastępca lekarza-asystenta może nastąpić bezpośrednio po służbie w linii.

Ustęp 11. Jednoroczni ochotnicy medycy, farmaceuci i weterynarze mają, jak długo oddawają się swoim studyjom zawodowym, wykazać corocznie przed swoją władzą przełożoną najdaléj aż do końca grudnia, że studyjom daléj się oddają.

Ustęp 12. Wspomniane trzy kategoryje jednorocznych ochotników mają bezpośrednio po otrzymaniu dyplomu przedłożyć swéj władzy przełożonéj wierzytelny odpis takowego a względnie dowody ubóstwa a władza ma uzupełnić ten akt odpisem z księgi głównéj i przesłać wojskowéj komendzie terytoryalnéj względnie Ministerstwu obrony krajowéj. Terytoryjalna komenda wojskowa załatwia najprzód podanie o odbycie służby wojskowéj na koszt państwa, jeżeli je równocześnie wniesiono i przedkłada akt Ministerstwu wojny. Ministerstwo to a względnie Ministerstwo obrony krajowéj mianuje jednorocznych ochotników zastępcami lekarza-asystenta i wskazuje im miejsce. Medycy, którzy półrocznéj służby w linii nie odbyli, otrzymują nominacyję na zastępców lekarza-asystenta dopiero po odbyciu takowéj.

(Dok. nast.)

(†) Prof. Dr. Ebstein, badając znaczenie środków przeciwgnilnych w hygienie noworodka, zwraca przedewszystkiem uwagę na znaczny procent śmiertelności noworodków w domach wychowawczych z posocznicy i ropnicy. Obecnie dzięki zaprowadzeniu środków przeciwgnilnych śmiertelność ta się znacznie zmniejszyła (z 30% na 5%). Mniejszą ilość podobnych chorób w praktyce prywatnéj tłumaczy on przeważnie brakiem sekcyj i trudnością rozpoznania posocznicy nietylko za życia, ale nawet często i na stole sekcyjnym. Radzi on téż przy każdéj cięższéj chorobie noworodka mieć przedewszystkiem w pamięci posocznicę. Co do etyjologii téj choroby walczy Dr. E. z dawniejszym poglądem, że posocznica pochodzi u dziecka od matki, ponieważ często matki chorych dzieci zostają zupełnie zdrowemi i odwrotnie. Za zwykłą drogę dostawania się mikroorganizmów do ustroju noworodka uważa Dr. E. pępowinę, daléj jamę ust, płuca, narządy płciowe u dziewcząt i błonę śluzową całego przewodu pokarmowego. Dla uniknięcia zakażenia radzi zwracać szczególną uwagę na pępowinę i jamę ust. Należy mianowicie unikać wszyst-

kiego, co stoi na przeszkodzie mumifikacyi pępowiny i z tego względu szkodliwemi są wszelkie opatrunki wilgotne, a także środki drażniące tkankę pępowiny, a nie mogące dokładnie zabić prątków. Najlepiéj jest umożebnić wolny przystęp powietrza, które ułatwia wysychanie. Przy obchodzeniu się z noworodkiem należy równie ściśle przestrzegać antyseptyki, jak i przy obchodzeniu się z położnicą. Co do jamy ust, to zwraca Dr. E. uwagę na szkodliwość tak rozpowszechnionego obcierania palcem ust dziecka po karmieniu. Do sztucznego karmienia radzi stanowczo używać mleka sterylizowanego, chociaż zdaniem jego nie może ono zastąpić mleka ludzkiego. (*Wracz* 1889, 9). *A. W.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 25 kwietnia. Otrzymaliśmy Zdanie sprawy i wnioski w przedmiocie budowy wodociągu regulickiego, przedstawione Radzie M. krakowskiéj przez komisyję wodociągową, Kraków 1889, in 8-vo, str. 162. z 5 tabl. chromolitograf. Jest to dzieło okazałe, w pierwszym rzędzie wprawdzie mające znaczenie miejscowe, ale o tyle i ogólne, o ile stanie się niezawodnie wzorem dla innych miast polskich, które dotąd wodociągów nie posiadają, a tém samem, śmiało rzec można, jest ono dla nas pracą ścisłą higieniczną, bo jedną z najżywotniejszych kwestyj higienicznych wyczerpująco traktującą. Nie zdradzimy tajemnicy, bo u nas wszyscy o tém wiedzą, jeżeli powiemy, że główna zasługa w téj mierze należy się radzcy miejskiemu, a koledze naszemu, prof. Domańskiemu, który odkąd jest radzcą miejskim, żywo i gorliwie zajmuje się sprawami higijenicznemi i już niejedno urządzenie do skutku doprowadził. Pospieszamy ze streszczeniem obszernéj téj pracy na innem miejscu, bo nie wątpimy, że kwestyja wodociągowa zajmuje wszystkich lekarzy.

* Szanownych naszych współpracowników upraszamy usilnie o przysyłanie rękopismów czytelnych, a prośbę tę stosujemy zwłaszcza do kolegów zamiejscowych. Pomimo wielkiego napływu cennych rozpraw staramy się czynić zadość wszelkim wymaganiom, ale dobre chęci redakcyi pozostają bez skutku, jeżeli rękopisu odczytać należycie nie mogą ani redaktor, ani korektorowie, a tem mniéj zecerzy. Przesyłanie zaś korekty szan. kolegom współpracownikom naraża na zwłokę, któréj właśnie radzibyśmy unikać.

* Otrzymaliśmy Nr. 2 *Odczytów klinicznych* wydawanych przez redakcyję *Gazety Lek.* w Warszawie. Zeszyt ten zawiera prof. Strümpla odczyt o „Nerwicach pochodzenia traumatycznego."

* **Z Rzeszowa** donoszą nam: Za staraniem tutejszego lekarza powiatowego p. Dra Barzyckiego uchwalił Wydział Rady powiatowéj rzeszowskiéj na rok 1889 wydać 60 złr. na zakupno krowianki dla szczepienia dzieci w tutejszym powiecie.

* **Wiedeń**, d. 27 bm. Prof. Billroth kończy 60-ty rok życia; dzień ten liczni jego uczniowie zamierzają obchodzić uroczyście. — Prof. Breisky od kilku tygodni ciężko jest chory i podobno niema nadziei utrzymania go przy życiu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Kustoszem Muzeum higijen. mianowany został Dr. Erwin Esmarch. — **Bolonija.** Pani Józefa Cattani otrzymała katedrę bakteryjologii.

* **Odznaczenie.** Dr. Zielewicz w Poznaniu otrzymał tytuł i charakter radzcy sanitarnego.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Emil Wechsler, rodem z Jass w Rumunii.

* **Nekrologija** We Wiedniu zmarł Dr. Ludwik Fürth, docent chorób dzieci, licząc l. 54, w Lund Dr. Mesterton, docent chirurgii i położnictwa, jeden ze znakomitszych chirurgów szwedzkich, w 66-ym roku życia; w Cannes b. prof. kliniki lek. w Londynie, Karol Williams, uczeń Laënneca, licząc lat 85.

* **Sprostowanie.** W Nr. 16 w rozprawie p. Dr. Krówczyńskiego zaszły 2 błędy, a mianowicie na str. 1, szpal. 1, w. 9 od dołu, zamiast „Huntera" ma być Huetera, a na str. 2-iéj, szpal. 1, wiersz 3 od dołu, zamiast „zaszły" ma być wreszcie. — W ocenie pracy Heringa p. t. „O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności", ogłoszonéj w Nrach 14, 15 i 16 zaszły następne ważniejsze pomyłki: 1) Nr. 14, str. 175, szp. I, w. 5 od dołu, zamiast „jedynie z gruczołków, które... znajduje — winno być: jedynie z gruzełków, które... znajduje. 2) Nr. 15 str. 187, szpalta I, wiersz 41, zamiast „w miejscu strun głosowych" winno być „w miąższ strun głosowych." 3) Nr. 15, str. 187, szpalta II, wiersz 13, zamiast „na 1/2 roku", winno być „na 1/2—1 roku." 4) Nr. 15, str. 187, szp. II, w. 31—32, zamiast „nacieranie części obrzękłych", ma być „nacinanie części obrzękłych." 5) Nr. 16, str. 199, szpalta II, w. 23 w zdaniu: „a ograniczałem się głównie do przypadków z małym naciekiem bez dążności do szerzenia się przy stanie gorączkowym", winno być „przy stanie bezgorączkowym." 6) Tamże w. 45, zamiast „była to jeszcze i pora", ma być „była to jesień i pora." 7) Tamże w. 12 z dołu, zamiast „Że natychmiast tam", winno być „Że natomiast tam." 8) Nr. 16, str. 200, szpalta I, w. 12, zamiast „dodatnie czynniki", winno być „dodatnie wyniki."

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.
W *Kronice Lek.* Nr. 4: Sędziaka: O leczeniu t. zw. suchot krtaniowych; — w *Gazecie Lek.* Nr. 16: Modrzejewskiego: Zupełne zarośnięcie przewodów nosowych. Winawera: O zap. fałd Douglasa (dok). — W *Medycynie* Nr. 16: Majkowskiego: Sprawozd. z prakt. lek. w Busku (c. d).

Redakcyja otrzymała:
J. GRUNDZACHA: Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka. (Odbitka z *Gaz Lek.*). Warszawa 1889, w 8-ce str. 20. — Sprawozdanie wydziału Tow. gimnastycznego „Sokół" we Lwowie za rok 1888/9 we Lwowie 1889, w 8-ce str. 37. — Dr. J. KARLIŃSKI: Przyczynek do etyjologii posocznicy noworodków. (Odbitka z *Nowin Lek.*) Poznań 1889, in 8-vo str. 8. — Chemische Analyse u. med. Gutachten über Mattoni's Moorextrakte zu Bädern. Franzensbad 1889 in 4-to str. 116.

* **Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę d. 1 maja r. b. o godz. 6 popoł. w sali wykładowéj prof. Blumenstoka posiedzenie zwyczajne, na którem prócz niezałatwionych na poprzedniem posiedzeniu przedmiotów 1) kol. Krokiewicz będzie miał rzecz o rozwoju promienicy (*actinomykosis*); 3) kol. prof. Browicz okaże preparaty z zakładu swego; 3) kol. Jordan poda spostrzeżenia z praktyki położniczéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.